SOCIÉTÉ
DE
KINÉSITHÉRAPIE

Comptes rendus des séances de l'année 1901

2^E^ ANNÉE

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

Dr MESNARD (René), Secrétaire général
Dr BRALANT, Secrétaire des séances

CLERMONT (OISE)
IMPRIMERIE DAIX FRÈRES
3, PLACE SAINT-ANDRÉ, 3

1902

MM CM 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

COMPOSITION DE LA SOCIÉTÉ DE KINÉSITHÉRAPIE

au 31 décembre 1901

Président d'honneur... M. le professeur Marey, C. ✻, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine.

BUREAU POUR L'ANNÉE 1901

Président............ M. F. Lagrange, 10, rue de Seine.
Vice-Président....... M. Stapfer, 14, rue Marignan.
Trésorier............ M. Fretin, 12, rue Cambon.
Secrétaire général.... M. Mesnard (René), 54, rue La Bruyère.
Secrétaire des séances. M. Bralant, 30, rue du Bac.

MEMBRES TITULAIRES

MM. Berne (G.), 161, boulevard Haussmann.
Bloch (G.), 20, rue de Tournon.
Bouteron, 40, rue de Godot de Mauroy.
Cautru, 31, rue de Rome.
Championnière (J.-Lucas), O. ✻, C. H. M. A. M., 3, avenue Montaigne, *ancien président*.
Dagron, 6, square de l'Opéra.
Fourrière, 11, square de Messine.
Gautiez, 182, faubourg Saint-Honoré.
Geoffroy-Saint-Hilaire, 9, rue de Monceau.
Kouindjy, 5, rue d'Argenteuil.
Marchais, 10, rue La Bruyère.
Saisset, 84, avenue de Wagram.
Sonrel, 27, villa Saïd.
Mme Sosnowska, 13, rue Clément-Marot.
MM. Verdier, 1, rue Nouvelle.
Vuillemin (Ch.), ✻, méd.-major de 1re cl., hôpital militaire Saint-Martin.

CORRESPONDANTS NATIONAUX

MM. Mencière, 72, rue Libergier, à Reims.
Platon, 52, rue Thiers, à Marseille.
Saquet, 25, rue de la Poissonnerie, à Nantes.

CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM. Bourcart, à Genève.
Colombo, à Rome.
Krikortz, à Paris.
Le Marinel, à Bruxelles.
Porro, à Monte-Carlo.
Schutz, à Berlin.

SOCIÉTÉ DE KINÉSITHÉRAPIE

Séance du 25 janvier 1901

Présidence de MM. J. L. Championnère et Lagrange (F.).

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

La parole est au Secrétaire général pour la lecture de son rapport annuel.

Compte-rendu annuel

Par M. René MESNARD, secrétaire général.

Messieurs et chers collègues,

Quoique notre Société soit bien jeune encore, nous pouvons déjà avec un certain intérêt jeter un regard en arrière et lorsque je vous aurai fait l'exposé succinct de nos travaux, vous penserez sans doute comme moi que nous avons déjà fait œuvre utile.

Toutes nos séances ont été instructives et intéressantes tant par les communications qui y furent présentées que par les discussions qui s'en sont suivies.

Nos efforts n'ont pas du reste passé tout à fait inaperçus, car plusieurs communications faites à nos séances ont eu les honneurs de la reproduction in extenso, ou tout au moins de l'analyse dans divers journaux scientifiques, non seulement en France, mais aussi et je dirai même surtout à l'étranger.

Espérons que peu à peu notre Société ne fera que s'imposer davantage si nous savons par des travaux scientifiquement conçus et par nos observations soigneusement relevées obliger nos confrères à s'intéresser à nos méthodes et à tenir compte de nos résultats.

Vous pourrez du reste juger de l'importance de nos premières séances lorsque prochainement vous sera distribué le fascicule de

nos comptes rendus qui, cette année déjà, contiendra une centaine de pages.

Je vais essayer en quelques mots de vous remettre en mémoire les diverses questions qui furent traitées sans m'astreindre d'ailleurs à aucun ordre dans leur énumération.

M. Vuillemin, dans une de nos premières séances, nous fit une communication sur un essai de classification des divers procédés gymnastiques, nous montrant l'ordre dans lequel doivent être cultivées les diverses facultés physiques de l'individu si l'on veut obtenir un entraînement méthodique et sérieux et aussi éviter tout accident. Insistant tout particulièrement sur la gymnastique respiratoire, notre collègue nous en montra l'utilité dans maintes circonstances et précisa la manière dont les mouvements doivent être exécutés pour être efficaces.

Peu après, M. Lagrange nous présentait une série de tracés montrant d'une façon indiscutable l'influence des exercices méthodiques sur le tracé du pouls, dont ils modèrent la fréquence et diminuent l'amplitude tout en régularisant sa forme et son rythme.

S'appuyant également sur ses expériences physiologiques et sur ses observations multiples, qui prouvent le retentissement du massage abdominal sur le cœur et sur les capillaires de la périphérie, M. Stapfer nous fit connaître son traitement kinésique de la syncope. Il nous montra qu'en cas de syncope par olighémie cardiaque, quelques malaxations abdominales faites sans violence constituent le remède le plus efficace.

Plusieurs autres communications nous furent présentées encore par M. Stapfer dans le courant de l'année. Deux d'entre elles furent destinées à nous montrer l'utilité de la kinésithérapie pour prévenir les avortements et favoriser la conception et la grossesse. Notre collègue nous fit ressortir tout le bien que l'on peut espérer de l'emploi de la gymnastique et du massage pour l'arrêt des hémorrhagies par congestion utéro-annexielle.

Dans un autre travail, M. Stapfer nous présenta le massage comme un précieux moyen de diagnostic et de pronostic en gynécologie. Il nous cita, à ce propos, plusieurs observations où, grâce à un massage persévérant et méthodique il sut préciser souvent un diagnostic douteux et parfois guérir la malade à laquelle il put ainsi éviter une intervention sanglante.

M. Frétin nous montra sous le titre de Kinésie pré-opératoire com-

ment un traitement par le mouvement serait souvent une excellente préparation à une intervention opératoire. Notre collègue, qui a beaucoup voyagé, nous disait combien ces notions sont admises couramment à l'étranger, alors qu'en France les services de chirurgie possédant un assistant kinésithérapeute expérimenté constituent presque une rareté.

Dans une de nos dernières séances, M. Frétin nous fit part des résultats fort encourageants qu'il obtint dans plusieurs cas de coqueluche par l'emploi de la kinésithérapie. Cette médication fort rationnelle n'est point à négliger dans une maladie où si peu de remèdes amènent un soulagement.

M. Geoffroy-Saint-Hilaire, dans un cas de fistule anale dont il nous a présenté récemment l'observation, réussit, grâce à la kinésithérapie, et en particulier par une mobilisation de toute la région avec pétrissage des trajets œdémateux et des tissus environnants, réussit, dis-je, à obtenirun très beau résultat.

M. Marchais nous apporta sur l'entorse du genou et son traitement par le massage et la gymnastique des conclusions qui furent, vous vous en souvenez, longuement discutées. Un point de cette discussion relatif à l'hydarthrose du genou nous à même procuré le plaisir d'une intéressante observation envoyée par un confrère étranger à la Société.

Il serait à souhaiter que des argumentations aussi nourries se présentassent souvent, car, ainsi qu'on l'a dit bien des fois, la discussion est la vie d'une société.

Enfin, Messieurs, pour être complet, je dois faire ici mention de l'observation que moi-même je vous apportai au début de l'année dernière sur un cas de rhumatisme articulaire chronique traité avec un succès relatif par le massage et les mouvements.

En plus de ces travaux, divers rapports de candidature vous furent présentés par MM. Bloch, Cautru, Saisset, Stapfer, Vuillemin, à qui la Société doit des remerciements pour le travail qu'ils ont bien voulu ainsi s'imposer. A la suite de ces rapports plusieurs confrères furent admis dans notre Société. C'est ainsi que sont entrés parmi nous, dans le courant de l'année : Mme Sosnowska et M. Verdier comme membres titulaires et MM. Mencière, Platon, et Saquet comme membres correspondants. De plus, vous avez décerné le titre de membre correspondant à trois confrères étrangers, MM. Bourcart, Colombo et Porro. Une seule démission s'est produite, celle de

M. Juventin (de Nice), qui venait d'être, sur sa demande, nommé membre correspondant.

Tel est, Messieurs, d'une façon aussi exacte que possible, le bilan de notre première année.

Il ne tient qu'à vous que mon prochain rapport soit plus long et plus fourni; pour cela n'oubliez pas d'alimenter nos ordres du jour et que chacun apporte à nos séances sa part de travail ; c'est la meilleure manière que vous ayez de montrer l'intérêt que vous portez tous à la prospérité de notre Société.

Il me reste maintenant un devoir agréable à remplir. Si notre Société a fait, ainsi que je viens de vous montrer, avec une certaine aisance ses premiers pas, nous le devons en grande partie aux maîtres éminents qui ont bien voulu dès le début s'intéresser à elle. Aussi je serai, je n'en doute pas, votre interprète à tous en adressant ici nos hommages respectueux et reconnaissants à notre président d'honneur, M. le professeur Marey, et à M. J. L.-Championnière qui, avec sa haute autorité et son affabilité accoutumée, présida nos séances pendant l'année qui vient de finir. (*Applaudissements.*)

A M. Lagrange qui dirigera nos travaux en 1901, je suis heureux de souhaiter la bienvenue à la présidence.

Je dois aussi, en notre nom à tous, remercier M. Stapfer qui a bien voulu jusqu'ici se charger de gérer nos modestes finances. Vos suffrages unanimes l'ayant appelé à la vice-présidence, c'est à M. Frétin que désormais sera confiée notre caisse; elle ne peut être en meilleures mains.

M. Marchais, notre secrétaire des séances, a demandé à être relevé de ses fonctions et la Société, à son grand regret a dû, s'inclinant devant une décision irrévocable, nommer à sa place M. Bralant dont l'assiduité à nos séances vous est un gage du zèle qu'il mettra à rédiger les comptes rendus de nos discussions.

Enfin, mes chers collègues, je tiens, en terminant, à vous remercier personnellement de m'avoir continué votre confiance en me confirmant dans mes fonctions de secrétaire général. J'apporterai comme par le passé tous mes soins à m'acquitter de ce rôle parfois délicat, plaçant au-dessus de toutes considérations l'intérêt de la Société. (*Applaudissements.*)

Le trésorier rend compte ensuite de la situation financière de la Société au 31 décembre 1900.

Rapport de M. Stapfer, trésorier.

Recettes.

Cotisations et entrées		546 fr.

Dépenses.

Location de la salle	152 fr.		
Menus frais de bureau	5	95	
Avances diverses faites par le secrétaire général en février 1900	35		
en décembre 1900	66	25	
Frais de comptes-rendus mensuels	168		
Total des dépenses	427	20	427 fr. 20
Excédent de recettes			118 fr. 80

Les comptes ci-dessus sont approuvés à l'unanimité et des félicitations votées au trésorier pour sa bonne gestion.

M. Lucas-Championnière. — La kinésithérapie est une science jeune et par cela même éprouve des difficultés à vaincre, aussi est-il nécessaire de réunir les efforts et les manifestations des uns et des autres pour l'imposer aux idées en cours. Nous avons lieu d'être satisfaits de nos débuts et avec un peu de persévérance nous pouvons espérer amener le monde médical à des pratiques autrefois empiriques et que nous devons faire passer dans le domaine scientifique. Cette œuvre de l'année n'a pas été inutile et doit nous encourager. Nous avons trouvé au sein de la Société la plus grande cordialité et des relations amicales. Nous adressons nos remerciements au secrétaire général pour sa peine et sa persévérance, car c'est à son travail que nous devons une part du succès.

M. Lucas-Championnière souhaite la bienvenue au nouveau président M. F. Lagrange et l'invite à prendre sa place au fauteuil.

M. Lagrange, très touché de l'honneur que lui ont fait ses collègues en l'appelant à la présidence, tient à leur en exprimer tous ses remercîments et à les assurer de tout son dévouement.

Le secrétaire général donne lecture de la correspondance qui comprend :

1° Une lettre de M. Verdier s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. P. Kouindjy (de Paris) posant sa candidature au titre de membre titulaire de la Société.

MM. Bralant et Geoffroy Saint-Hilaire font : le premier, un rapport scientifique, le second un rapport moral sur la candidature de *M. le Dr Bouteron (de Paris)*. Le vote sur cette candidature ayant été dépouillé à la fin de la séance, *M. Bouteron est élu à l'unanimité membre titulaire de la Société.*

COMMUNICATIONS.

Réduction spontanée des fractures et plus particulièrement des fractures de jambe.

Par M. Dagron.

Résumé.

On a beaucoup parlé dans ces derniers temps de faire des sutures osseuses pour diverses fractures et en particulier pour les fractures de jambe. La radiographie avait montré l'insuffisance de nos moyens actuels pour obtenir la réduction. L'appareil plâtré placé sous le chloroforme ne donnait que des résultats médiocres. La réduction ne peut se faire que si l'on met directement par opération sanglante les deux fragments en rapport.

Les difficultés de réduction éprouvées pendant l'opération sous chloroforme et l'obligation de réséquer les extrémités des fragments pour bien réduire dans certains cas, venaient confirmer l'obligation de la suture pour assurer la rectitude de la jambe.

Le hasard des circonstances nous a fait voir plusieurs de ces opérés, jeunes cependant, qui présentaient des trajets fistuleux, qui boitaient au bout de six mois. Cette opération avait été très laborieuse dans bien des cas et les résultats n'étaient guère engageants.

Il se trouve précisément que les indications de l'opération sanglante peuvent être bien limitées si nous considérons que la contracture musculaire, maîtresse absolue de la réduction des fractures, peut être heureusement vaincue par d'autres moyens.

Il était de règle de mettre le plus tôt possible les appareils plâtrés : c'est une erreur. En dehors du gonflement qui en diminuant vers le 2e jour faussera la confection de cet appareil, il y a tout à redouter à ce moment de la contracture musculaire ; celle-ci s'atténue par le simple repos et surtout par le massage qui donne au système musculaire la confiance qui lui manque.

Il est préférable dès l'accident de calmer les contractures et on constatera le 2e ou le 3e jour la réduction de la fracture qui sera faite spontanément dans l'intervalle de deux massages, quelquefois sous les doigts du masseur.

Si c'est nécessaire, si cette réduction se maintient difficilement, si les fragments réguliers et obliques chevauchent et diminuent la jambe de plus de 2 centimètres, on devra employer l'appareil plâtré pendant une vingtaine de jours pour que la jambe ait la rectitude que demande un os de sustentation et de locomotion.

Le but de ces observations est de démontrer que les déformations considérables observées sitôt après l'accident se sont améliorées après le massage qui avait lutté contre la contracture musculaire. Il importe peu que la radiographie montre des inégalités squelettiques si la fonction est excellente.

Il existe bien quelques cas où la suture devra être employée, mais lorsqu'on aura massé pendant quelques jours les fractures des deux os de la jambe, on verra que le nombre de ces interventions doit être singulièrement réduit.

Discussion.

M. L. Championnière. — La contracture disparaissant, la déformation disparaît ; c'est ainsi que j'ai vu chez une femme nerveuse atteinte de fracture de l'olécrâne le fragment supérieur, qui était remonté très haut, revenir en contact le troisième jour sous l'influence du massage ; aussi dans ces cas traités par le massage, à peine voit-on un cal apparent.

Dans un cas de fracture de la jambe au niveau du plateau antérieur du tibia, il s'est produit par le massage un retour en place de ce plateau. Il se produit dans la suppression de la contracture sous l'influence du massage des phénomènes d'inhibition. Il doit y avoir une action réflexe de l'extrémité nerveuse provoquée par le massage léger et les frictions répétées d'une façon harmonique ; on arrive ainsi à atténuer la sensibilité nerveuse d'où la décontracture. La contracture, une fois disparue, la réduction de la difformité est obtenue sans autre moyen et les cols difformes sont évités. L'action du massage est absolument suffisante en pratique et sans danger. Cette action sur la contracture n'est pas très connue et pourra s'adresser à d'autres cas. Il faut que le massage ne soit pas douloureux, il ne faut pas faire souffrir, car la douleur entretient l'excitation nerveuse au lieu de la calmer et fait persister la contracture.

M. Vuillemin demande s'il y a contre-indication dans la crainte de phlébite dans les fractures.

M. L. Championnière a vu se produire l'embolie trois fois chez des malades ayant des appareils inamovibles qui favorisent plutôt la phlébite ; il n'a jamais vu de phlébite dans les nombreuses fractures qu'il a traitées par la mobilisation.

M. Stapfer. — Dans la très intéressante communication de M. L. Championnière, je note en particulier ce qu'il dit de l'inhibition succédant à la contracture. C'est à dessein, dit-il, qu'il s'est servi de ce mot d'inhibition emprunté à la physiologie des phénomènes reflexes pour exprimer la part que les dits phénomènes peuvent avoir dans la suppression des contractures et dus aux effets du massage en général. D'après les expériences que j'ai poursuivies jadis, les dits effets ne font aucun doute ; ils sont moins mécaniques que réflexes. Je ferai également remarquer qu'en gynécologie nous observons et faisons disparaître les phénomènes de contracture et de douleur qui se manifestent soit dans les ligaments utérins, soit dans les muscles striés du plancher pelvien. Et ce qui est très important, nous supprimons non seulement la contracture musculaire, mais aussi la contracture vasculaire substituant par nos manœuvres la vaso-dilatation à la vaso-constriction dont nous assurons l'alternation régulière en rythmant la circulation.

M. Dagron cite un cas de fracture où la réduction s'est faite spontanément par le repos, mais il ajoute que c'est le seul qu'il a vu et qu'il n'y faut pas compter.

M. L. Championnière. — La contracture peut disparaître par le repos, mais à longue échéance, 15 jours à 3 semaines ; il n'y a plus alors de contracture, mais une difformité certaine. Il est rare de voir disparaître en 24 heures les crampes des fractures. Plus l'intervention par le massage est hâtive, plus vite la contracture disparaît et tout rentre dans l'ordre.

M. Stapfer demande comment on doit traiter la fracture du col du fémur.

M. L. Championnière. — Par la mobilisation sans massage. Ces fractures profondément situées ne présentent pas d'intérêt à masser ; la mobilisation au contraire est très importante et l'engrènement des fragments permet de l'appliquer de suite. L'appareil d'Hennequin n'est pas pratique dans la fracture du col. La mobilisation en faisant lever les malades beaucoup plus tôt diminue beaucoup la mortalité dans cette affection.

M. Geoffroy Saint-Hilaire a traité une fracture du col du fémur avec succès, mais la malade a guéri avec déviation du pied en dedans. Ce cas fut diagnostiqué par le Dr Monod, fracture intracapsulaire.

M. L. Championnière. — C'est en effet une déviation fort exceptionnelle et qui ne peut s'expliquer que par une fracture intracapsulaire ou une luxation.

Le Secrétaire des séances,
Dr Bralant.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 22 février 1901, *à* 8 *h.* 1/2 *du soir, en l'hôtel des Sociétés savantes, salle G.*

Séance du 22 février 1901.

Présidence de M. Stapfer.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

La correspondance comprend une dépêche de M. F. Lagrange, président, exprimant ses regrets de ne pouvoir assister à la séance et priant le vice-président, M. Stapfer, de le remplacer.

A la demande de quelques membres et conformément à l'ordre du jour, une discussion s'engage pour savoir si la Société continuera à se réunir le soir ou s'il convient de mettre les séances l'après-midi. Après un échange de considérations pour et contre, **la Société décide que désormais les séances auront lieu le dernier vendredi du mois, à 5 heures de l'après-midi.**

En application de l'article 22 des statuts, la société approuve le tarif suivant fixant les sommes que les correspondants étrangers auront à

verser s'ils désirent recevoir le bulletin de chaque séance et le volume annuel des comptes-rendus.

Bulletin et volume : 8 fr.
Bulletin seul : 6 fr.
Volume seul : 3 fr.

M. Saisset donne lecture de son rapport sur la candidature de *M. le Dr Kouindjy (de Paris)*. Le vote sur cette candidature a lieu à la fin de la séance et *M. le Dr Kouindjy est élu à l'unanimité membre titulaire de la Société.*

COMMUNICATIONS

Gros œdème oophoro-salpingien guéri par la méthode kinésique,

Par M. BRALANT.

Madame M.., 43 ans, réglée à 11 ans, eut, étant jeune fille, des menstrues normales et régulières.

1re grossesse à 22 ans, fit, à la suite, de l'infection puerpérale.

2e grossesse à 23 ans, descendit du lit le 4e jour et fut atteinte d'une descente de l'utérus qui fut guérie par le repos.

3e grossesse à 24 ans normale.

4e grossesse à 25 ans normale.

Depuis le premier accouchement les menstrues étaient douloureuses, abondantes et la malade se plaignait souvent du ventre ; elle suivit différents traitements qui ne donnèrent aucun résultat.

Depuis trois ans, ces symptômes se sont accentués ; elle perd du sang quatre à cinq fois par mois, ces pertes s'accompagnent de douleurs de reins ainsi que d'un point aigu dans le flanc droit irradiant au pli de l'aîne et à la cuisse droite.

En février 1899 l'utérus apparut à la vulve pendant la défécation et la malade ressentit de violentes douleurs de reins suivies d'une perte de sang abondante. A partir de ce moment, ces accidents, qui survenaient presque à chaque garde-robe, se produisirent pendant la mar-

che et la station debout, l'obligeant à passer ses journées allongée sur son lit ou sur une chaise longue. Plusieurs médecins consultés à cette époque constatèrent la présence d'une tumeur et jugèrent l'opération urgente.

Le 22 octobre 1899 cette femme vint me trouver pour suivre le traitement kinésique, sa famille et elle-même ne pouvant se résoudre à une intervention sanglante.

En examinant l'abdomen je trouvai les parois en mauvais état, elles étaient flasques et relâchées et nécessitaient le port d'une ceinture abdominale. Au toucher vaginal l'utérus était gros, fibromateux, en rétroversion facilement réductible, le cul-de-sac latéral droit était rempli par une masse dure non douloureuse à la pression et paraissant faire corps avec l'utérus, le cul-de-sac latéral gauche était libre. Le toucher rectal était très douloureux et ne permettait pas de délimiter cette masse en arrière qui englobait la trompe et l'ovaire.

L'expérience que j'avais acquise dans le service de mon maître le Dr Stapfer à Baudelocque, où j'avais traité et vu disparaître ces œdèmes durs à consistance fibreuse, me fit penser à un gros exsudat oophoro-salpingien et tout en faisant quelques réserves sur la durée du traitement et sur la nature de cette tumeur je n'hésitai pas à promettre un grand soulagement. Le traitement consista en mouvements de gymnastique décongestionnante, en un léger massage du ventre, et des vibrations manuelles. Je crois de la plus haute importance de rappeler que le massage gynécologique, ainsi que l'enseigne le Dr Stapfer doit être très léger ainsi que les vibrations manuelles ; la main n'acquiert la dextérité nécessaire qu'après plusieurs mois de pratique journalière. Les mouvements seront exécutés sans secousse de façon que la malade n'accuse la moindre fatigue et la séance ne durera pas plus de deux à trois minutes.

Ces conditions essentielles observées, le massage gynécologique rendra les plus grands services dans bien des cas et surtout dans ces œdèmes de l'appareil suspenseur utéro-annexiel, œdèmes créés et entretenus par les troubles de la circulation et les congestions périodiques. Par contre, un massage intempestif et brutal pratiqué par une main inexpérimentée peut occasionner des troubles graves et porter préjudice à une méthode conservatrice qui a désormais sa place dans le traitement des affections gynécologiques.

22 octobre 1899. — Début du traitement.

25 octobre. — La malade est allée à la garde-robe plus facilement

que d'habitude, l'utérus n'est pas apparu à la vulve et elle marche plus librement.

28 octobre. — Pour la première fois la défécation se fait sans douleur et sans descente de l'utérus. Elle n'a pas perdu de sang depuis qu'elle est en traitement. Pendant la nuit elle fut prise de coliques au niveau du flanc droit suivies d'un écoulement d'eau roussâtre par le vagin.

30 octobre. — Nouvel écoulement d'eau roussâtre moins abondant et sans coliques ; je constate ce jour là un ramollissement très net de la tumeur oophorosalpingienne qui se laisse déprimer facilement.

L'état général est meilleur et ma cliente accuse une grande amélioration.

10 novembre. — La tumeur me paraît moins molle, elle semble durcir à nouveau ; cette congestion correspond à la période intercalaire comme nous le voyons souvent chez nos malades, la garde-robe a été pénible.

14 novembre. — Les menstrues apparaissent abondantes et non douloureuses, la défécation a lieu sans difficulté.

16 novembre. — Les menstrues continuent sans provoquer le moindre trouble à la grande surprise de cette femme habituée à souffrir depuis longtemps.

L'utérus est moins gros, mobile, presque en position normale la masse oophorosalpingienne se ramollit de plus en plus ; le toucher rectal est pratiqué sans douleur et permet d'aborder la tumeur en arrière, elle est en ce moment du volume d'une orange.

20 novembre. — Les menstrues sont terminées ; elles ont duré cinq jours et la malade n'a pas souffert. La tumeur se ramollit toujours, elle diminue considérablement et sur la surface, à côté de portions molles il existe des noyaux durs ; il y a en ce moment une désagrégation de cette masse. La malade fait de grandes marches dans Paris sans éprouver aucune fatigue. Son état de santé est excellent et elle n'éprouve aucun des symptômes pour lesquels elle est venue me trouver.

25 novembre. — Après un mois de traitement elle retourne chez elle appelée par des affaires urgentes de famille ; je craignais que la brusque interruption du traitement kinésique, qui me semblait trop court, ne compromît le résultat obtenu et j'insistai pour qu'elle revînt au traitement aussitôt qu'elle le pourrait.

12 décembre. — Je revois la malade et constate avec plaisir que l'amélioration ne s'est pas démentie, elle attend ses menstrues.

13 décembre. — Le cours des menstrues s'établit sans provoquer la moindre gêne, elles durent 4 jours pendant lesquels cette femme court sans répit dans les magasins.

18 décembre. — Elle quitte le traitement.

Depuis cette dernière date la malade vient me rendre deux visites en passant à Paris et chaque fois l'amélioration non seulement se maintenait mais allait en s'accentuant.

8 octobre 1900. — C'est-à-dire un an après le début du traitement, j'eus le plaisir de revoir cette femme dans un état de santé parfait ; il n'existait plus trace de la tumeur, il restait à la place un cordon dur de la grosseur d'un doigt et non douloureux.

L'utérus est très mobile, presque en position normale, il n'est jamais descendu ; les règles ont eu lieu tous les mois d'une façon normale et aussi facilement me disait-elle que lorsqu'elle était jeune fille.

Discussion

M. Stapfer. — Voilà une malade que l'on voulait opérer pour une salpingite probablement et en présence de pus pour lequel il n'existe point de critérium. On croit au massage gynécologique dans le monde médical pour les rétroversions et les petites lésions, c'est dans ces grosses tumeurs constituées par de gros œdèmes ou de gros exsudats comme les nomment les Allemands que le massage gynécologique donne des résultats surprenants dans un laps de temps relativement très court.

Le Dr Bralant redoutait une rechute à cause de la brièveté du traitement et les résultats se sont maintenus. Il faut faire persévérer les malades pendant 2 à 3 mois, la malade du Dr Bralant aurait évité un cordon dur si elle était restée plus longtemps.

Le Dr Stapfer cite un cas où il avait demandé 4 mois et en six semaines il n'y avait plus trace de l'exsudat mais la malade qui avait quitté le traitement avant le terme fixé fit une petite récidive qu'elle aurait pu éviter.

Le secrétaire des séances,

Dr Bralant.

N. B. Suivant la décision prise par la société et annoncée ci-dessus, la prochaine séance aura lieu le *vendredi 29 mars 1901*, à 5 heures. en l'hôtel des Sociétés savantes, salle G.

Séance du 29 mars 1901.

Présidence de M. Stapfer, vice-président.

A propos du procès-verbal de la précédente séance, M. Stapfer constate avec regret que malgré toute la bonne volonté du secrétaire des séances, le compte-rendu des discussions est à son avis insuffisant ; il propose de faire sténographier les discussions. Après un échange de vues, la Société charge le secrétaire général de s'informer si la chose est compatible avec notre budget et une expérience pourra être tentée à la prochaine séance sans engager l'avenir.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Lagrange, président, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

2° Une lettre de candidature du Dr Sonrel, 27, Villa Saïd, Paris.

M. Geoffroy Saint-Hilaire est nommé rapporteur de cette candidature.

M. Dagron s'excuse par téléphone de ne pouvoir assister à la séance.

COMMUNICATIONS

Rétrodéviations utérines et kinésithérapie

Par le Dr G. BLOCH.

Je n'ai pas l'intention d'exposer ici la technique du traitement des rétrodéviations par la kinésithérapie. Le sujet serait trop vaste. Je veux seulement vous lire une observation qui me permettra de soulever quelques points qui me paraissent d'une importance capitale pour qui veut appliquer rationnellement la cure kinésique aux rétrodéviations utérines.

J'ai choisi l'observation suivante parce qu'elle me paraît particulièrement intéressante, par l'ancienneté de l'affection de la malade, l'acuité des phénomènes morbides au début du traitement et enfin l'avantage que j'ai eu de pouvoir suivre cette malade depuis 3 ans. Cette observation est en outre en quelque sorte une synthèse de ce qu'on voit dans la majorité des rétrodéviations douloureuses :

Mme J., 29 ans, femme de ménage. Réglée à 13 ans très régulièrement, ne présente rien de particulier jusqu'à l'époque de son mariage en 1890, son histoire génitale date de ce moment. 4 mois après son mariage fait une fausse couche. A la suite de cet accident, surviennent des douleurs violentes dans le côté droit du ventre et dans la région lombaire. Les règles deviennent irrégulières, avancent, durent 4 jours. Très douloureuses et

très abondantes, elles nécessitent le repos au lit. Depuis trois ans, outre ses douleurs continuelles entremêlées de crises plus ou moins violentes, notre malade a 2 ou 3 fois par mois des métrorrhagies qui durent plusieurs jours.

L'état général déplorable rend tout travail impossible. La marche est difficile et pénible.

Examen. La douleur de la paroi abdominale, du vagin et du rectum ne permettent qu'un diagnostic incomplet. Le col de l'utérus regarde le pubis. Les culs-de-sac vaginaux sont très douloureux, empâtés et à travers le cul-de-sac postérieur, on perçoit vaguement le fond de l'utérus.

Nous remettons à une date ultérieure, un diagnostic plus complet, concernant l'état des annexes.

Début du traitement, 2 juillet 1897. Le traitement employé est le traitement classique. Frictions circulaires et vibrations abdominales, effleurage des parois pelviennes par le rectum. Gymnastique décongestionnante.

11 *juillet.* — Règles, durée 24 heures.

1er *août.* — Les douleurs lombaires et celles du côté droit ont diminué. Le massage et l'effleurage rectal sont toujours douloureux, mais moins qu'au début.

7 *août.* — Règles très douloureuses.

11 *août.* — Les règles sont arrêtées, elles ont duré 3 jours, le 3e jour ont été peu abondantes sauf le matin. La dysménorrhée s'est fortement atténuée le 2e jour. Non seulement la malade n'a pas gardé le lit, mais elle est venue chaque matin se faire soigner.

Actuellement l'état général est bien meilleur. Les céphalées ont disparu, les digestions sont plus faciles. — La marche est relativement aisée. — Les douleurs abdominales moindres. — Le massage est toujours douloureux au niveau du cul-de-sac latéral droit.

19 *août.*— Douleurs très vives dans toute la région sous-ombilicale. — Exploration du cul-de-sac de Douglas très douloureuse. Effleurage rectal à peine supportable — nous sommes au 12e jour de la période intercalaire.

23 *août.* — Cette crise, pendant laquelle la malade a souffert autant qu'avant le début du traitement s'est atténuée après trois jours. L'effleurage rectal est praticable, mais encore très douloureux.

27 *août.*— Aujourd'hui le toucher rectal permet de faire un diagnostic plus précis. On sent à droite une masse œdémateuse d'une sensibilité exquise au toucher, séparée par un sillon de l'utérus, qui est petit et en rétroversion. L'utérus est absolument immobile.

A ce moment je quitte Paris. Pendant mon absence la malade est soignée par un de nos collègues. Je ne trouve rien de noté sur l'observation.

10 *novembre.* — L'utérus est toujours en rétroversion, mais il est plus mobile et peut être soulevé.

A la palpation de la paroi abdominale on sent une induration des muscles grands droits. Les organes pelviens sont partout entourés d'induration et de noyaux de cellulites très douloureux au toucher.

La malade nous dit avoir beaucoup souffert tous ces derniers temps. Le traitement a été irrégulier.

13 *novembre.* — Va mieux.

17 *novembre.* — Disparition totale des indurations de la partie supérieure de la paroi abdominale qui est plus souple.

20 *novembre*. — Règles depuis hier — a beaucoup souffert, perd peu de sang. Face congestionnée. Céphalées. Ventre très sensible presqu'au-dessus du niveau des fausses côtes. L'utérus se laisse soulever. L'ovaire droit est toujours très sensible.

24 *novembre*. — Fin des règles.

26 *novembre*.— Atténuation notable des douleurs depuis la venue du sang. La paroi abdominale est bien souple. L'utérus continue à se mobiliser. Ovaire toujours très sensible.

5 *décembre*. — Utérus très mobile, rétrodévié, fond haut, paquet oophoro-salpingien bien distinct surtout après disparition ou diminution des œdèmes. Ceux-ci sont toujours douloureux, mais la douleur diminue pendant le massage.

15 *décembre*. — Règles, 3 jours d'avance. La dysménorrhée est moindre.

20 *décembre*.— Grand progrès. Le doigt introduit dans le rectum soulève assez haut, l'utérus très diminué de volume.

12 *janvier* 1898. — Retour après 15 jours d'absence pendant lesquels la malade a soigné un de ses parents, sans fatigue notable. Règles le 10, en avance de 3 jours. Utérus envahi au milieu du pelvis. Corps et col petit. Ovaire droit gros, mais non fixé près de la corne utérine. Peu sensible.

5 *février*. — Règles hier au soir, 3 jours d'avance.

1er *mars* 1898. — Règles, fin du traitement.

18 *mars* 1899.— Cette ancienne malade, très bien portante, vient d'exécuter la gymnastique pour empêcher les avances de règles. Règles hier 17. Elles devaient venir le 21.

Examen. Utérus retrodévié, bien mobile, mais non redressable sans effort, ce dont je m'abstiens. Ovaire droit de volume normal, toujours près de la corne.

5 *janvier* 1900. — N'est pas revenue depuis le mois de juin 1899. Se trouve dans un état tout à fait satisfaisant. De mai à octobre 1899, les règles ont été très régulières, duraient 2 jours. Pas de dysménorrhée. D'octobre à décembre règles tous les 20 jours.

Un excès de fatigue supporté par la malade pourrait expliquer cette fréquence anormale.

Dernières règles 28 décembre. La malade se sent forte, vaque facilement à toutes ses occupations.

Examen.— Utérus gros, toujours en rétroversion, avec ovaire droit accolé contre lui, mais libre, légèrement douloureux. Utérus mobile.

8 *février* 1901. — Est revenue me voir sur ma demande. Depuis l'an. dernier, règles tous les 28 jours durant 2 jours.

Examen. — Utérus petit, rétroversé, mobile. Ovaire à côté un peu sensible. Un massage très léger fait disparaître de suite cette sensibilité.

Voici une malade qui s'est présentée à nous, avec une rétroversion douloureuse. L'utérus est immobile, et intimement accolées contre lui les annexes du côté droit qui est prolabé. Le tout entouré d'œdèmes.

Qu'avons-nous obtenu chez cette malade après plusieurs mois de traitement ?

Nous avons obtenu la disparition des douleurs abdominale et

lombaire, la suppression des métrorrhagies et de la dysménorrhée. Nous avons régularisé les règles. Enfin nous avons rétabli un état général déplorable, et de cette infirme nous avons fait une femme qui peut de nouveau se livrer à ses occupations. Ce sont, il me semble, des résultats satisfaisants.

Mais ce n'est pas là ce qu'il y a d'intéressant dans l'observation que je viens de lire. Le point capital, celui sur lequel j'attire votre attention, c'est que l'utérus n'a pu être réduit, c'est que l'ovaire est toujours prolabé. Et malgré cela, notre malade va bien, et ne se ressent plus de son affection. Ce que nous constatons ici, je l'ai vu dans tous les cas de retrodéviation que j'ai traités par la méthode kinésique depuis 4 ans. Dans la statistique de Baudelocque 1897, je vois 45 cas de rétrodéviation douloureuse traités par le D[r] Stapfer. Sur ces 45 cas, j'en relève 4 seulement où l'antéversion obtenue se maintenait d'une façon permanente, 3 où l'utérus n'a jamais pu être réduit, et 1 où le résultat du traitement a été nul, localement et symptomatiquement.

Voilà qui paraît nous gêner vis-à-vis des confrères qui n'admettent le massage gynécologique que comme procédé de réduction des utérus rétrodéviés.

Et bien, non, contrairement à l'opinion répandue parmi ceux trop nombreux qui ignorent notre méthode, nous ne sommes pas, avant tout, des redresseurs d'utérus. Dans le cours du traitement nous réduisons souvent les utérus, et il est avantageux de le faire, afin de pouvoir masser la face postérieure de ces organes. Il est rare que nous puissions les maintenir en antéversion. Cependant, on ne saurait trop le répéter, la question du redressement n'est pas pour nous chose capitale. La clinique nous a appris que rarement les rétrodéviations sont douloureuses par elles-mêmes. Il ne faut pas l'oublier lorsqu'on s'occupe de rétrodéviation.

Quand une malade vient trouver le médecin pour cette affection ce n'est pas l'utérus seul qui doit attirer l'attention du praticien.

C'est ce qu'il y a autour.

C'est l'état des ligaments, des ovaires, des trompes, et surtout de tout le tissu cellulaire qui enveloppe ces organes. Le médecin qui, par le traitement kinésique, ne fera qu'une tentative, celle de redresser malgré tout, fera de la mauvaise besogne, de la besogne dangereuse.

Dans la majorité des rétrodéviations douloureuses, nous trouvons de la congestion pelvienne chronique et des œdèmes.

Ils sont la cause de la douleur, ce sont eux les « générateurs de la

misère gynécologique » (Stapfer). Ces œdèmes existent, c'est indéniable, pour qui a fait tant soit peu de gynécologie clinique.

Le Dr Lucas-Championnière (*Bull. et mém. de la Société de chirurgie*, 1888) signale les empâtements qu'ils produisent dans le tissu cellulaire péri-utérin.

Mon ami Geoffroy Saint-Hilaire en a fait plus récemment une étude très détaillée dans sa thèse. Ce sont ces congestions chroniques, ces œdèmes, qui habituellement rendent les utérus immobiles, comme sculptés dans la concavité sacrée ; ce sont eux qui enveloppent les annexes, donnant l'illusion de grosses salpingites, ce sont eux qui sont la cause efficiente des déformations, des contractures ligamentaires, des empâtements diffus englobant en une seule masse tout ou partie de l'appareil génital ; ce sont eux qui infiltrent les parois rectales, et souvent le tissu cellulo-graisseux de la paroi abdominale, pour produire la panniculite ; ce sont eux enfin qui donnent bien souvent aux malades ces sensations de pesanteur abdominale, de chute d'un corps entre les jambes, attribuées plus d'une fois à des prolapsus purement imaginaires.

Dans le cas présent, nous avions un utérus absolument fixé dans la concavité sacrée avec une tumeur annexielle intimement accolée à lui ; nous avions un rectum œdématié, une paroi abdominale avec de la panniculite et une congestion généralisée de tout le petit bassin.

Tout cela suffisait pour rendre notre malade impotente, pour expliquer les douleurs violentes dont elle souffrait.

Qu'avons-nous fait et comment traiter en pareil cas ?

Nous commençons par interdire à la malade de la façon la plus formelle le repos complet et absolu. Elle doit venir journellement à la consultation, et marcher au moins 10' avant et 10' après la séance.

Je ne reproduirai pas ici la description des différentes manœuvres du traitement qui est décrit tout au long dans le traité du Dr Stapfer. Nous dirons seulement que si le massage doit aider à la résorption des œdèmes, à l'assouplissement des ligaments, à la décongestion pelvienne, nous donnons aussi une grande part à la gymnastique comme régulateur de la circulation abdominale et comme modérateur des métrorrhagies.

Nous insistons surtout sur ce fait, que jamais il ne faut exécuter de manœuvres de massage sur la face antérieure d'un utérus rétrodévié. Le massage devra être seulement pratiqué dans les fosses iliaques, et sur l'abdomen bien au-dessus du plan vertical où se

trouve le fond de l'utérus. Faute d'observer cette règle, on congestionnera l'utérus qui sera plus irréductible que jamais.

L'utérus placé *in situ*, on aura au contraire avantage à masser légèrement sa face postérieure. Cette manœuvre fait contracter l'utérus et le réduit de volume.

Il ne faut sous aucun prétexte forcer la réduction. C'est la mobilisation qu'il faut rechercher. Un massage bien conduit, sans manœuvres violentes d'aucune sorte, l'amènera tôt ou tard en décongestionnant l'utérus, en provoquant la résorption des œdèmes qui l'entourent et le fixent. Ceux-ci disparus, l'utérus se mobilisera, s'offrira pour ainsi dire de lui-même à la main de l'opérateur ; spontanément il se redressera légèrement. C'est à ce moment, à ce moment seulement qu'il faut tenter la réduction. Et alors elle sera bien facile. Souvent il suffira d'appuyer sur le col.

D'autres fois la manœuvre ne réussira qu'en accrochant avec la main qui se trouve sur l'abdomen le fond de l'utérus : d'autres fois encore lorsque le corps aura tendance à se plier sur le col, le redressement s'opérera par la voie recto-vaginale, en appuyant le pouce introduit dans le vagin sur la face antérieure du col pendant que l'index, placé dans le rectum, repoussera en avant le corps de l'utérus. Ces manœuvres, il faut les recommencer journellement, l'utérus retombant presque toujours. D'ailleurs je le répète, il n'y a pas lieu de nous inquiéter de cela. L'utérus mobilisé, les annexes libérées, les ligaments assouplis, les œdèmes des parois supprimés, les douleurs disparaîtront comme par enchantement et nous pourrons considérer notre malade comme guérie. Elle le sera symptomatiquement sinon anatomiquement.

Et cette guérison sera durable. Témoin l'observation que j'ai lue. Cette malade souffrait depuis 7 ans, lorsqu'elle s'est confiée à nous. A la fin du traitement, l'utérus n'est pas réductible, mais mobile. L'ovaire toujours prolabé est libre de toute adhérence, la paroi abdominale est bien souple, et le rectum indolore au toucher. Les métrorrhagies ont complètement disparu, les règles n'ont plus qu'une avance de 2 ou 3 jours. Il n'y a plus de dysménorrhée. Pendant 3 ans, après la fin du traitement nous revoyons la malade une fois par an. A chaque examen, nous retrouvons les organes dans la situation où nous les avons laissés, après la dernière séance de massage. Les 12 derniers mois, les règles sont devenues tout à fait régulières, montrant ainsi que le coup de fouet donné à la circulation abdominale

par le massage a continué son action bienfaisante, malgré la cessation de tout traitement.

Avant de terminer, je veux dire deux mots des crises intercalaires. Ainsi qu'on a pu le voir dans notre observation ; la malade, après un mieux très sensible, est prise tout à coup de douleurs aussi vives qu'avant le début du traitement ; on constate souvent alors que des utérus mobilisés sont de nouveau fixes, que des œdèmes résorbés ont réapparu. Le débutant en kinésithérapie peut croire qu'il a échoué. Il n'en est rien. Tout cela n'est qu'une manifestation des molimen intercalaires décrits par Stapfer en 1897, puis par Bouilly. Ces molimens consistent en troubles congestifs, pouvant survenir chez les femmes saines, mais se manifestant avec une acuité souvent très vive chez les femmes génitalement atteintes. Ils apparaissent vers le 10e ou le 20e jour, après le début des règles, quelquefois à ces deux époques. Ce n'est là qu'un accident dans le cours du traitement, et ces crises moliminaires vont en diminuant d'intensité, à mesure que la circulation abdominale se régularise.

Je termine cette trop longue communication par les conclusions suivantes :

1° Dans les rétrodéviations utérines, la congestion pelvienne chronique et les œdèmes sont la cause primordiale des douleurs et de l'impotence. La déviation en elle-même n'est qu'un facteur secondaire.

2° Il ne faut jamais chercher à réduire de force un utérus.

3° La réduction temporaire ou permanente qu'il est préférable d'obtenir n'est pas nécessaire pour arriver à la guérison, si nous entendons par guérison le retour des malades à la vie active, et la disparition de tous les symptômes de l'affection.

4° La guérison est obtenue surtout par la mobilisation de l'utérus consécutive à la décongestion pelvienne qui entraîne résorption des divers œdèmes.

5° La kinésithérapie (massage et gymnastique) permet d'obtenir ces résultats.

6° La kinésithérapie provoquant le réflexe dynamogénique, relève rapidement l'état général.

7° La kinésithérapie permet aux malades de ne pas suspendre leurs occupations pendant le cours du traitement.

8° Pour ces raisons, la kinésithérapie est le traitement de choix des rétrodéviations utérines.

Discussion.

M. Stapfer. — C'est en effet une erreur de croire qu'il suffit de redresser l'utérus pour guérir ; je ne suis pas d'avis d'employer la violence.

Je me rappelle dans un cas semblable une malade qui ne pensait guérir que si son utérus était redressé. Elle alla voir un médecin suisse qui le lui redressa avec un hystéromètre, mais elle fut prise de douleurs aiguës qui nécessitèrent le séjour au lit et un traitement kinésique plus long.

La mobilisation de l'utérus et des ovaires suffit pour faire disparaître les troubles de la rétro-déviation.

Le secrétaire des séances,
Dr Bralant.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 26 avril 1901, à 5 heures, *en l'hôtel des Sociétés savantes, salle G.*

Le secrétaire général,
Dr René Mesnard.

Séance du 26 avril 1901.

Présidence de M. F. Lagrange.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

La correspondance comprend :

Une lettre de M. Verdier s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. Fretin, trésorier, s'excuse également de ne pouvoir venir.

Le dernier numéro paru de la publication anglaise trimestrielle « *The Journal of physical thérapeutics* » a été adressé à la société ; le secrétaire général attire l'attention sur cet envoi et souhaite que cet exemple soit suivi par d'autres périodiques.

Le secrétaire général rend compte des démarches faites par lui et par M. Geoffroy-Saint-Hilaire, au sujet d'un sténographe ; les prix demandés variant de 25 à 75 fr. la séance, le trésorier consulté a été d'avis que les ressources de la société ne permettaient pas cette dépense.

M. Stapfer propose à défaut de sténographe trop coûteux, que chaque orateur envoie dans les 48 heures au secrétaire général un résumé substantiel et succinct de ses paroles.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. Lagrange, *président*, transmet à la Société, en les appuyant favorablement, deux demandes d'admission au titre de membre correspondant étranger :

Celle de M. le Dr Schütz, *de Berlin*,

Et celle de M. le Dr Le Marinel, *de Bruxelles*.

Ces deux candidatures sont mises aux voix et MM. Schütz et Le Marinel sont admis à l'unanimité comme membres correspondants étrangers.

M. Geoffroy-Saint-Hilaire donne lecture de son rapport sur la candidature de M. le Dr Sonrel (de Paris). Les conclusions de ce rapport mises aux voix sont adoptées à l'unanimité et M. le Dr Sonrel est admis comme membre titulaire.

Luxation de l'épaule traitée par le massage local. — Massage sous l'eau comme adjuvant.

Observation adressée par le Dr Sonrel.

M. V..., 37 ans, fait une chute violente en automobile le 17 mars 1901 à midi. Il se produit une luxation de l'épaule gauche, postéro-externe.

Simultanément il y a entorse du poignet gauche, des contusions, ecchymoses multiples, surtout aux genoux.

Le blessé tombé au Bois de Boulogne est aussitôt porté à l'hôpital Beaujon et à une heure 1/2, après de nombreuses tentatives, on réussit à opérer la réduction (M. V... avait refusé le chloroforme).

Je vois le blessé le soir ; il s'est mis au lit en rentrant de l'hôpital. Il est abattu, mais ne présente pas de symptômes inquiétants. La soif est assez grande, la T. est de 38°5.

La nuit est un peu agitée.

Le lendemain, M. V... garde le lit avec une violente courbature. Je fais sur l'épaule douloureuse pendant quinze minutes de très légères frictions qui calment assez bien la douleur.

Le poignet qui présente un œdème assez volumineux et une large ecchymose est alors massé pour la première fois. Il n'y a pas de température.

Le blessé peut se lever le troisième jour, mais ne quitte pas la chambre. L'état général est meilleur, mais la courbature persiste, l'appétit est complètement revenu. Début des massages de l'épaule ; les séances durent de 35 à 40 minutes et sont faites suivant les indications du Dr Lucas-Championnière. Je crois seulement avoir avantage à prolonger la durée indiquée pour le massage. Dès ce jour je tâche d'ébaucher quelques mouvements de mobilisation assez bien supportés d'ailleurs.

Le massage du poignet est continué chaque jour, mais cette entorse ne présentant rien de particulier à signaler, par la suite, je négligerai d'en parler.

Le 20 mars le malade toujours courbaturé est soumis le matin à un massage sous la douche (eau à 38°, durée 15 minutes) appliqué à tout le corps, sauf au bras malade qui se trouve seulement soumis à l'action de la douche. Ce premier massage sous l'eau fait complètement disparaître la courbature et rend l'état général absolument satisfaisant. Le massage et la mobilisation de l'épaule ne sont pratiqués que dans la journée.

Ces douches-massages seront jusqu'au vingtième jour appliquées de la même façon tous les deux jours le matin ; le massage de la partie lésée se faisant dans le courant de la journée.

Le cinquième jour le massage de l'épaule est fait sous un jet de vapeur ; il en sera de même jusqu'à la guérison.

Les ecchymoses très étendues du bras produites par la chute et par les tentatives de réduction, ont disparu complètement dès le 12e jour.

La guérison de l'entorse du poignet est assez complète le 15e jour pour que M. V... demande la cessation des massages de cette région.

Pour l'épaule, les mouvements actifs sont revenus progressivement et assez vite pour que le bandage de Mayor soit retiré le cinquième jour et remplacé par une simple écharpe soutenant l'avant-bras, écharpe qui elle-

même a disparu dès le 9e jour. Le blessé peut s'habiller seul le 15e jour quoique avec difficulté encore ; il put se raser le 18e jour.

Le 5 avril M. V... peut mettre sa main sur sa tête et le 13, c'est-à-dire 28 jours après l'accident, il reprend complètement ses occupations qui nécessitent parfois un assez grand déploiement de force dans le bras gauche. Les douches de vapeur sont supprimées à ce moment.

Les massages d'une durée moindre sont dès lors espacés et pratiqués d'abord tous les deux jours, ils n'auront bientôt plus lieu que deux fois par semaine pour assurer la guérison parfaite et éviter toute gêne future dans l'épaule blessée.

Des douches chaudes générales d'une durée de dix minutes au plus (eau à 39°) sont prises chaque jour en insistant plus spécialement sur l'épaule gauche.

Cette observation m'a paru intéressante en ce sens que le temps nécessaire au retour intégral des mouvements a été remarquablement court.

A cela il y a plusieurs raisons. D'abord la réduction pour ainsi dire immédiate suivie peu après de l'institution d'un traitement énergique dans lequel les divers moyens mis en usage se sont complétés heureusement.

Les massages sous la douche ont puissamment remonté l'état général, activé l'échange et l'expulsion des produits de désorganisation ; avec le massage ordinairement appliqué seul, en pareil cas, et les douches de vapeur il s'est fait dans la région meurtrie une circulation intense qui a permis une réorganisation aussi prompte.

La douche chaude enfin est venue encore ajouter son effet excitant et révulsif à cet ensemble, qui, appliqué avec la prudence et les précautions nécessaires, a constitué, à nos yeux, un traitement de choix sans que le malade ait jamais éprouvé aucune fatigue, mais au contraire en lui procurant un bien-être tout particulier.

Comme conclusion je dirai donc, en me faisant aussi bref que possible, que le cas venant se joindre à d'autres, moins nets cependant, me fait penser qu'on aura toujours grand avantage à adjoindre au massage, déjà si puissant par lui-même, des pratiques voisines, grâce auxquelles on gagnera un temps précieux et qui apportent un concours des plus utiles, en mettant, presque à coup sûr, le malade à l'abri des douleurs ressenties si fréquemment à la suite de lésions aussi brutales.

Discussion.

M. Dagron. — Quand on nous confie les blessés atteints de luxation de l'épaule réduite, que le traumatisme soit récent, qu'il date de plusieurs semaines, nous pouvons les considérer comme des contusionnés ou des entorsés, et notre traitement sera à peu près le même : sa durée variera suivant la violence de la chute, suivant les lésions des divers tissus articulaires et périarticulaires, suivant la précision et toutes autres qualités apportées par le médecin qui massera et mobilisera cette épaule.

Il semble qu'il est plus intéressant de savoir si la mobilisation et le massage raisonné ne peuvent pas aider le chirurgien au moment de son intervention, quand il remettra en rapport normal les surfaces articulaires désunies depuis la rupture de leurs moyens d'union. Voilà bientôt dix ans que je suis les blessés des salles de M. Championnière, soit à Saint-Louis, soit

à Beaujon, soit à l'Hôtel-Dieu, j'ai pu y glaner quelques luxations de l'épaule non réduites.

Pour ceux qui sont au courant des habitudes hospitalières, il est inutile d'expliquer pourquoi un chef de service réduit rarement des luxations de l'épaule : quand un malade a échappé aux tractions du bras opérées par les amis et les parents, ou par le médecin de la famille, il trouve toujours un interne de garde qui tente le procédé de Kocher. Cet interne n'est pas toujours habile, c'est quelquefois un remplaçant, un externe, un bénévole qui préfère donner un billet d'entrée au blessé. A la contre-visite, ce dernier montre son bras à son interne qui réduit bien souvent l'épaule démise.

Il faut un concours de circonstances bien fortuit pour que le chef de service soit appelé à pratiquer la réduction le lendemain matin. A fortiori, devais-je me résoudre à relever de très rares cas, et le plus souvent il s'agissait de réductions difficiles ou de malades chez lesquels des tentatives multiples avaient échoué. Aussi puis-je dire que mes insuccès dépendaient des cas particuliers et non de la valeur du procédé.

Les quelques malades soignés dans le service dès l'accident, joints à ceux qui me demandèrent mon intervention immédiate en ville, me permettent d'établir la valeur de la massothérapie pour faciliter la réduction de la luxation de l'épaule et surtout d'opérer sans aucune douleur.

Je soumets à la Société le résultat de mon expérimentation, qui doit être présenté sous forme d'une note à l'Académie de médecine tout prochainement.

Les surfaces articulaires désunies conservent leur position défectueuse à cause de la contracture des muscles péri-articulaires qui, en empêchant la réduction, causent des douleurs sourdes et continuelles au blessé au repos et celles d'un caractère si aigu quand nous faisons nos tentatives de réduction.

En proposant son procédé, Kocher ne conseillait pas de reproduire le chemin suivi par la tête humérale, en sens contraire, comme cela a été dit et écrit ; il conseillait de vaincre les contractures pour que l'extrémité supérieure de l'humérus ne soit pas maintenue loin de la cavité glénoïde. Le muscle le plus gênant était le sous-scapulaire qui causait la rotation interne permanente ; il conseillait donc de faire une rotation externe, le coude étant placé au corps, c'est-à-dire l'humérus étant en équilibre dans ses situations de propulsion et de rétropulsion, d'abduction et d'adduction ; alors la tête humérale ne peut manquer de rentrer dans la cavité glénoïde.

Ce procédé est presque infaillible, mais il est des malades qui ont une telle contracture du sous-scapulaire que la réduction amène sa déchirure et quelquefois sa désinsertion, lésions qui expliquent les complications fréquentes dans les mouvements de rotation, comme les tractions simples dans l'axe du bras amènent des ruptures ou des contusions simples du côté du plexus brachial avec des paralysies deltoïdiennes ou autres. Est-il besoin de dire que ce procédé est fort pénible dans les cas où la contracture est si difficile à vaincre ? Aussi M. Championnière, en raison de ces douleurs et surtout de ces complications secondaires si importantes nuisant au bon fonctionnement du membre supérieur, pense qu'il est plus simple de mettre l'épaule en résolution musculaire au moyen de la chloroformisation générale, et la réduction s'opère pour ainsi dire toute seule.

Puisqu'il suffit d'amener la résolution musculaire pour que la tête humé-

rale retrouve sa place, ne pouvons-nous pas l'obtenir par le massage ? Dans la plupart des cas, là où le muscle seul s'opposait à la réduction j'ai pu obtenir la résolution musculaire et réduire sans aucune douleur, et deux ou trois fois avec une sensation simplement désagréable quand la tête rentrait dans la cavité glénoïde.

J'indique dans ma communication les différents temps de la séance massothérapique. Un détail est intéressant : il faut pour mettre un muscle en résolution le masser tout doucement d'une pression très légère, d'une véritable caresse qu'on augmente d'intensité tant que le blessé ne ressent aucune sensation même désagréable, sinon le muscle persiste dur et sensible. On masse ainsi deltoïde, grand pectoral, biceps, triceps, grand dorsal, sus et sousépineux, grand rond, trapèze même, et pendant ce temps on fait exécuter quelques mouvements de l'épaule avec la main gauche, ou par un aide éduqué ou instruit simplement avant la séance, pour profiter du calme musculaire que donne le massage. Aucun mouvement ne doit faire de mal, sinon la manœuvre est défectueuse..... Et le sous-scapulaire ? C'est lui qui est la cause principale de la position anormale de la tête : on ne saurait pourtant l'atteindre. Il cède cependant, puisque l'observation le démontre. Il cède comme le brachial antérieur cède quand on a massé le biceps, comme les muscles profonds de la jambe cèdent quand on masse les jumeaux. Il suffit de masser doucement un corps musculaire contracturé pour que les muscles du même territoire nerveux et surtout participant aux mouvements d'une même jointure, reprennent leur tonicité normale ou tout au moins tendent à perdre cet état de contracture si pénible pour le blessé.

Lorsque la résolution musculaire de l'épaule est obtenue, la tête rentre dans sa cavité glénoïde si l'aide qui a donné quelques mouvements à l'épaule a eu soin d'amener l'humérus en propulsion en adduction et en rotation externe. Dans un cas, j'ai obtenu du malade qu'il se réduisît lui-même, en lui faisant faire une contraction musculaire alors que j'avais obtenu le calme de tous les muscles de l'épaule ; je dois reconnaître qu'il eut une sensation désagréable à ce moment.

Voilà donc un procédé commode pour la réduction de la luxation de l'épaule qu'on peut étendre à toutes les articulations luxées, comme je l'ai fait pour le coude dans un cas de luxation datant de 15 jours. Il permet de réduire facilement et préserve le blessé des douleurs si pénibles d'une réduction brutale, enfin il ne causera aucune complication secondaire aux ruptures de faisceaux musculaires ou tendineux, aux contusions du plexus brachial ou aux ruptures des artères et veines du creux de l'aisselle.

Notre réduction faite sans aucune violence sera déjà un commencement du traitement, puisque notre massage aura concouru à donner à l'épaule cet état de bien-être que ressent le blessé après la séance. Il est inutile d'insister sur le détail des soins à donner dans la suite : ils sont magistralement décrits dans le livre de M. Championnière.

Sans crainte de récidive, on peut mobiliser de suite, activement et passivement. Le luxé ne souffre plus dès le 3e jour, mais il ne saurait avoir la force de son épaule avant plusieurs jours : c'est la violence du traumatisme, le nombre, la réussite des manœuvres de réduction, qui donneront la si grande variété dans la durée des soins à donner.

M. Stapfer. — M. Dagron vient de nous dire que la contracture musculaire cède au massage très doux. Il a employé le mot caresses musculaires pour

exprimer sa pensée et sa manière de procéder. On ne saurait trop insister sur la nécessité de cette extrême douceur. M. Dagron a ajouté que dans certains cas la contracture était rebelle à cette méthode. Il me semble qu'on retirerait peut-être en pareil cas de bons effets de la vibration mécanique. En gynécologie, ce procédé triomphe des contractures périnéales et sphinctériennes les plus rebelles. Les effets en sont vraiment remarquables.

M. Dagron. — Je n'ai pas employé le vibrateur à dessein : je préfère me servir exclusivement de la main, car je propose un procédé pratique, qu'on peut employer à tous moments, et on n'aura pas toujours un vibrateur dans sa poche pour vaincre une contracture : je ne dis pas que je ne l'emploierai pas à l'occasion, mais comme j'ai obtenu le plus souvent la sédation des contractures douloureuses par la pression très douce jointe à la mobilisation passive et progressive, je pense qu'il vaut mieux ne pas faire intervenir de vibrateur dans le procédé que je conseille.

M. Marchais. — Dans le traitement des luxations de l'épaule, le massage étant toujours fait par la même personne varie du simple au double. L'explication de ce fait est donnée par la radiographie qui nous montre, dans beaucoup de cas qualifiés luxation simple, un arrachement osseux, en général d'une tubérosité.

M. Kouindjy. — J'ai eu l'occasion de guérir une luxation de l'épaule en trois séances de massage après avoir fait la réduction par le procédé de Kocher. Ce dernier fut exécuté sans chloroforme et du premier coup. Le malade conserva une raideur de l'épaule, que j'ai dissipée par le massage des muscles périarticulaires, commencé tout de suite après la réduction. A la fin de la troisième séance mon malade put porter son bras dans tous les sens sans ressentir la moindre douleur. Je suis, par conséquent, de l'avis de notre confrère M. Dagron, qu'au point de vue du traitement des luxations le rôle principal appartient à la réduction ; le massage est un adjuvant destiné à combattre les troubles locaux et périarticulaires produits par la luxation.

Pour les luxations se réduisant difficilement, la massothérapie est plus ou moins prolongée. Elle est en rapport avec les troubles produits par la luxation, avec ceux produits par la réduction et avec le temps écoulé entre la réduction de la luxation et l'application du massage.

M. F. Lagrange. — Les « massages sous l'eau », dont le Dr Sonrel signale l'utilité dans les cas de raideur articulaire succédant à un traumatisme, agissent comme *modificateurs généraux* de la nutrition. Ils sont surtout indiqués lorsqu'un trouble diathésique tel que le rhumatisme vient compliquer les suites du traumatisme, en provoquant des contractures musculaires par *myosite*. Ce cas est extrêmement fréquent et on sait que tout traumatisme local est prétexte à la manifestation des prédispositions morbides qui existaient à l'état latent chez le sujet.

Au reste, on observe la même indication de l'exercice général, dans certaines suites de traumatisme articulaire où la mobilisation purement locale ne réussit pas à donner un résultat thérapeutique complet. Je pourrais citer deux cas, observés sur des confrères, où un traumatisme de l'épaule avait laissé des raideurs douloureuses, rebelles au massage et aux mouvements

locaux, et qui ont été rapidement améliorés par des exercices généraux suffisamment actifs pour provoquer d'abondantes sudations.

Le massage sous l'eau, qui est généralement appliqué sur tout le corps, est au massage local et à la douche locale ce que sont, par exemple, des exercices de course ou de bicyclette à des mouvements méthodiques ou passifs de l'épaule.

M. Stapfer. — M. Lagrange vient d'insister sur l'utilité et même sur la nécessité d'agir sur l'état général pour faire disparaître des accidents locaux qui résistent à un traitement kinésique local. C'est là une vérité de premier ordre. J'estime pour ma part que nous n'aurions pas la moitié des beaux succès que nous donne la kinésithérapie gynécologique sans cette action sur l'état général. Nous n'agissons pas au moyen de massages généraux dont il faut être réservé chez les nerveuses, et beaucoup de nos malades sont des nerveuses. Nous agissons par le seul massage abdomino-pelvien dont le premier mérite est d'éveiller un réflexe puissant, réflexe dynamogénique par lequel sont rééduqués les centres vaso-moteurs et par suite toutes les fonctions comme le prouvent la disparition du facies gynécologique et l'augmentation des globules rouges.

J'ai pensé jadis que le massage avait des effets mécaniques. L'expérimentation physiologique m'a prouvé que les effets étaient surtout d'ordre réflexe. Lorqu'on masse très légèrement les viscères d'un animal on détermine une élévation de pression considérable,80 mm. au manomètre à un premier massage. Si les splanchniques sont sectionnés, la voie de transmission du réflexe est supprimé, les vaisseaux sont parésiés et c'est à peine si en pratiquant un massage profond qui atteint directement les gros vaisseaux, on élève de 10 mm. la colonne du manomètre. Je crois que les effets mécaniques du massage sont très restreints, ils se bornent à l'évacuation des sérosités que le doigt étale dans le tissu cellulaire, comme on le fait pour les boules d'œdème après les injections de sérum.

M. Dagron pense qu'il ne faut pas être exclusif et considère dans le massage abdominal les phénomènes mécaniques comme de précieux adjuvants. Déjà, chez le sujet bien portant, la circulation abdominale double (système porte, système veineux général) est très défectueuse au niveau des anastomoses entre les deux systèmes, et on constate que sous l'influence de quelque contracture musculaire elle peut devenir encore plus mauvaise (effort) comme elle peut être améliorée si les causes qui lui nuisent sont abolies (décubitus horizontal). C'est surtout chez les malades qu'on voit les effets mécaniques du massage sur la circulation, c'est la déplétion des lacs sanguins périrectaux, périutérins, périvésicaux périœsophagiens de toutes ces régions où les deux systèmes (porte et général) sont en rapport. Les effets vaso-moteurs ont certes leur importance ; ils ne sont pas exclusifs.

M. Lagrange. — Le massage abdominal a, sans contredit et surtout, des effets de nature physiologique et réflexe et on peut très bien invoquer une vaso-constriction réflexe pour expliquer le relèvement de la tension artérielle à la suite du massage.

Mais on ne peut pas, dans l'explication de ce résultat thérapeutique, faire abstraction des effets mécaniques du massage, c'est-à-dire du déplacement

de la masse sanguine. Quand il y a stase sanguine des veines abdominales, la pression méthodique exercée sur la masse des viscères tend à chasser le sang veineux sur le cœur et à augmenter la vis-à-tergo qui pousse le sang vers les cavités droites, le poumon, les cavités gauches et enfin vers les artères. Les artères tendent aussi à se remplir et leurs parois à se distendre. Ce qui n'empêche pas que cette distension, d'abord mécanique, ne provoque une impression sur les nerfs vaso-sensitifs, laquelle se transforme ensuite en réflexe vaso-moteur.

Au reste, chacun sait qu'une *décompression* subite de l'abdomen, par exemple à la suite d'une paracentèse, peut amener un abaissement de la tension artérielle. De même une compression méthodique des vaisseaux abdominaux peut amener l'effet inverse, c'est-à-dire le relèvement de la tension. Dans les deux cas, l'origine mécanique des modifications de la tension artérielle est manifeste.

Le secrétaire des séances,
Dr BRALANT.

La prochaine séance de la Société de Kinésithérapie aura lieu le vendredi 31 mai 1901, *à 5 heures* de l'après-midi, en l'Hôtel des Sociétés Savantes, salle G.

Le secrétaire général,
Dr René MESNARD.

Séance du 31 mai 1901.

Présidence de M. STAPFER, *vice-président.*

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

La correspondance comprend :

Une lettre de remerciements du Dr SONREL nommé membre titulaire au cours de la dernière séance ; ce collègue envoie en même temps ses excuses de ne pouvoir assister aux séances l'après-midi.

Une lettre de remerciements du Dr LE MARINEL (de Bruxelles) nommé membre correspondant étranger à la dernière séance.

Une lettre du Dr FRÉTIN, trésorier, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. MESNARD demande à la société d'aider par son concours moral et matériel à faire réformer en appel un jugement récent qui intéresse au plus haut point tous les médecins qui emploient les agents physiques.

Il s'agit du Dr X. qui vient d'être condamné à 5000 fr. de dommages et intérêts pour brûlures consécutives à l'emploi des rayons X et cela malgré un rapport du professeur Brouardel favorable à notre confrère.

Les considérants du jugement assimilent l'emploi thérapeutique des agents physiques à une *industrie* d'un ordre particulier relevant du droit commun. Il y a grand intérêt à ne pas laisser s'établir une telle jurisprudence.

Après quelques observations de MM. Dagron et Verdier, la société décide à l'unanimité d'accorder son appui moral au confrère en question, regrettant que ses ressources financières ne lui permettent pas d'accorder son appui matériel.

COMMUNICATIONS

I

Les effets du massage sont-ils mécaniques ou réflexes ?

par M. STAPFER.

Dans la dernière séance, à l'occasion d'une communication du Dr Sonrel, notre président a justement rappelé que certaines lésions locales, rebelles à la guérison tant qu'on les traite localement, guérissent au contraire par le simple relèvement de l'état général. J'ai insisté après lui sur cette vérité de premier ordre, en disant que, d'après mes expériences physiologiques et cliniques, le massage abdomino-pelvien éveillait un réflexe puissant, par lequel étaient rééduqués les centres vaso-moteurs et par suite étaient réveillées toutes les fonctions comme le prouve la disparition du facies gynécologique et l'augmentation des globules rouges. *En refaisant la circulation locale abdominale, on refait la circulation générale* ; c'est une loi que j'ai formulée. Si les kinésithérapeutes gynécologiques n'avaient pas à leur disposition ce puissant réflexe ils n'amélioreraient pas ou ne guériraient pas autant de malades qu'ils le font.

A ce propos, une discussion s'est élevée sur les effets mécaniques et réflexes du massage. Je soutenais la prédominance des effets réflexes, surtout pour ce qui concerne le massage du ventre. Mes honorables contradicteurs, sans nier l'effet réflexe, avaient une tendance à attribuer un rôle important aux effets mécaniques et, si j'ai bien compris leur pensée, ces effets prédomineraient.

J'ai fait une expérience qui me paraît jeter une certaine lumière sur la question et mettre en relief la prédominance des effets réflexes sur les effets mécaniques dans le massage abdomino-pelvien, et j'ai pensé que la Société serait intéressée par la communication de cette expérience.

Avant cette communication, je tiens à préciser et définir les termes de la question, ce que nous aurions dû faire, comme dans toute discussion, lors de la dernière séance, car, au fond, je me demande si, grâce à cette précision, nous n'aurions pas été d'accord.

J'appelle mécanique un phénomène dans la production duquel intervient une loi physique, mais une loi du règne inorganique, la pesanteur, par exemple. Ainsi, la lourdeur des jambes et le gonfle-

ment des veines variqueuses dans la station debout est un phénomène mécanique. La congestion de la face d'un acrobate qui se pend la tête en bas est un phénomène mécanique. L'évacuation d'une poche purulente dans un clapier voisin par la pression des doigts exerçant une pesée est un phénomène mécanique. L'ascension du manomètre par compression de l'aorte est aussi un phénomène mécanique.

J'appelle réflexe, un phénomène exclusivement vital et, dans notre cas particulier, un phénomène vital dans lequel le système nerveux excité réagit pour produire, suivant le genre d'excitation, soit la stimulation des organes (dynamogénie), soit leur paralysie (inhibition).

Ainsi j'ai démontré qu'une malaxation légère des intestins ranime le cœur dans la syncope par cardio-constriction, et tout le monde sait qu'un coup violent sur les mêmes régions peut tuer.

Voici maintenant l'expérience. Après avoir installé la respiration artificielle sur un lapin ou sur un chien, on met le cœur à nu, sans effusion sanguine. Sur ce cœur ainsi découvert, on met un tambour de Marey. On fait communiquer la carotide avec un manomètre. Puis on masse le ventre suivant la méthode que je préconise, massages courts et légers entrecoupés de pauses.

Pendant le massage, la pression carotidienne s'élève et le cœur s'érige. Pendant les pauses, la pression revient à la normale et le cœur n'a aucune tendance à soulever sa pointe au-delà des limites habituelles.

Cela constaté, on coupe les splanchniques que je considère comme voie de transmission du réflexe.

Aussitôt, le cœur ne s'érige plus, la pression carotidienne s'abaisse, ou ne s'élève plus et ce que j'ai appelé hémorrhagie *intra*-vasculaire se produit dans les vaisceaux mésentériques, c'est-à-dire qu'atteints de paralysie, ils se gorgent de sang.

Le cœur va toujours diminuant, l'animal entre en syncope par cardio-constriction et insuffisance d'apport au cerveau.

Ainsi pour élever de nouveau la pression, pour envoyer au cœur le sang qui lui fait défaut, on est obligé ou de comprimer l'aorte ou de lever le train postérieur de l'animal. Procédés mécaniques.

Le massage (procédé réflexe) tout à l'heure si puissant ne produit plus d'effet, ou n'en produit que d'insignifiants et cela si quelque rameau du trisplanchnique a été oublié.

J'en conclus à la prédominance absolue (je dis prédominance) des effets réflexes sur les effets mécaniques.

M. Lagrange nous a cité dans la dernière séance, à l'appui des effets mécaniques, le fait bien connu du relèvement de la tension pour faire disparaître la syncope chez les ascitiques qu'on ponctionne et dont on évacue trop rapidement le ventre.

Je prie nos collègues de vouloir bien se reporter à ma communication sur la syncope. D'après mes expériences dans la paracentèse abdominale, il y a afflux brusque de sang et parésie, c'est-à-dire paralysie passagère des vaisseaux mésentériques. Si la syncope est une syncope par cardio-constriction (syncopes de soustractions sanguines) il suffit d'exciter le réflexe dynamogénique pour ranimer le cœur. Le trisplanchnique réveillé fait contracter les vaisseaux paralysés et renvoie au cœur le sang qui lui manque. Cela vaut mieux que de comprimer l'aorte pour obtenir le même résultat par un effet purement mécanique.

Discussion. — M. Dagron. — Cette expérience est très intéressante comme expérience physiologique ; je ne crois pas avoir été aussi absolu pour l'action mécanique, l'importance du massage sur la paroi abdominale existe en tant que vaso-régulateur. Au point de vue vasculaire, on a tantôt de la vaso-contriction, tantôt de la vaso-dilatation ; dans les cas de congestion du rein ou du foie c'est par la vaso-régulation qu'on obtient ce résultat. Il y a là certainement une action réflexe. Dans les cas où le massage a réussi dans l'ectopie rénale, je pense qu'il y a eu vaso-régulation.

M. Stapfer. — Nous sommes donc d'accord sur l'effet réflexe comme action prédominante pour la décongestion d'un viscère déterminé (utérus, rein...). On agit certainement en massant le pourtour de ce viscère, c'est ce que j'ai appelé massage indirect ; mais on agit mieux quand on peut masser les viscères eux-mêmes, ce qui est impossible pour certains viscères. Dans mes expériences, ce n'est pas par le massage de la peau, mais par celui du paquet intestinal à nu que le réflexe a été le plus intense, 80 mm. au manomètre.

M. Kouindjy. — Tous les auteurs, qui se sont occupés de la question sont d'avis que le massage agit principalement par son action mécanique. M. Zabludowski est l'un de ceux qui se sont livrés aux expériences physiologiques sur les chiens et les lapins. Or, cet auteur admet le massage fait suivant les trois courants : le courant veineux, le courant artériel et le courant lymphatique. La plupart des auteurs masso-thérapeutes sont d'avis que le massage doit se faire suivant la circulation veineuse, c'est-à-dire suivant la direction centripète. Piorry et Schtange, de Saint-Pétersbourg, recommandent de masser suivant la direction des vaisseaux lymphatiques. Je ne suis pas partisan du massage artériel, parce que les artères sont disposées profondément et ensuite parce qu'on ne peut pas comprendre l'action de deux massages opposés, le centrifuge et le centripète. Mais, si on exige du massage une direction correspondante à la circulation de retour, c'est

qu'on estime que par ce moyen on activera cette circulation, c'est-à-dire on compte agir d'une façon mécanique. D'autre part, il est indiscutable, et l'expérience de notre vice-président le montre, que le massage agit par son action réflexe. Il résulte pour moi que l'action du massage est à la fois mécanique et réflexe et je ne vois aucune prédominance ni pour l'une ni pour l'autre action. Tout dépend des manœuvres employées. Celles-ci peuvent être divisées en deux parties : l'effleurage, le pétrissage, l'écrasement, etc., faits suivant la direction d'un vaisseau quelconque, sont les éléments de l'action mécanique ; le tapotement, le hachetoch, etc., sont les éléments de l'influence par reflexe. Les deux actions sont égales et varient selon le massothérapeute et l'affection à traiter.

C'est au massage raisonné qu'appartient le mode de variation de deux éléments de l'action du massage. Guidé par les symptômes de l'affection à traiter, le massothérapeute, l'homme de l'art médical, sait sur quelles manœuvres il faut insister, afin d'agir soit par l'action mécanique ou par le réflexe. Le massage des viscères agit par réflexe, celui des membres, par l'action mécanique. Ensemble, le massage agit par ses deux actions mécanique et réflexe.

M. Stapfer. — Je ne comprends pas très bien, peut-être par ma faute, comment on masse les divers systèmes circulatoires individuellement ; mais que mon collègue me permette de rester dans les termes précis de la question : le massage est-il mécanique ou réflexe ? Je viens de citer une expérience. Comment M. Kouindjy peut-il expliquer que le massage ait été impuissant dès que le splanchnique, voie de transmission du réflexe, a été tranché ? Il a fallu lever le train postérieur de l'animal pour ranimer le cœur.

Je prie M. Kouindjy de vouloir bien m'indiquer, quand il voudra, les expériences de Zabludowsky, je voudrais les refaire. Je ne demande pas mieux que d'admettre l'égalité des effets mécaniques et des réflexes comme il le dit, mais je voudrais la preuve.

M. Bralant. — En Kinésithérapie gynécologique dans les cas aigus, quand les accidents douloureux du ventre rendent le massage intolérable, les vibrations légères et l'effleurage vibratoire suffisent pour réveiller le réflexe dynamogénique dont les effets se manifestent avant toute amélioration locale. On ne peut réellement dans ces cas invoquer l'action mécanique.

M. Dagron. — Je ne connais pas les expériences de Zabludowsky, mais à mon avis si ce massage est rationnel au point de vue des veines et des lymphatiques, je ne vois pas son action au point de vue artériel, les artères étant profondément situées ne sont pas accessibles. Par le massage on agit surtout sur les muscles en général et on agira au point de vue de chaque système selon les besoins. Les nerfs sont importants, mais on ne les atteint pas facilement et l'action du massage est plus certaine sur les muscles et les veines.

II

Le traitement des phlébites.

Par M. DAGRON.

Quoique la phlébite soit une maladie fréquente, quoiqu'elle complique presque tous les états morbides se liant à l'histoire des diathèses, comme à celle des infections locales et générales, quoiqu'elle intéresse toutes les spécialités médicales, l'arbre veineux étendant au loin ses ramifications sur les territoires divers de l'anatomie humaine on ne la voit que rarement inscrite aux ordres du jour des séances des diverses sociétés médicales.

C'est qu'il s'agissait d'une affection de nature bien indéterminée avant les travaux récents de Widal, Vaquez, Cornil; c'est eux qui ont fait l'étude anatomique de la phlébite et, par la même occasion, donné sa pathogénie, sa marche; en même temps les expériences bactériologiques indiquaient le rôle exact des microbes dans cette affection. Ces études sont d'hier, et on comprend que dans une discussion récente, à la Société médicale des hôpitaux, beaucoup de maîtres nous aient exposé encore les diverses théories anciennes de la cause, de la formation, de l'évolution du caillot, pour nous donner des explications de la redoutable complication de la phlébite, l'embolie pulmonaire.

Cette complication dominait tout le traitement de la maladie ; chaque médecin conseillait à son malade le repos le plus absolu pendant des durées plus ou moins longues, et si le mal frappait les deux membres inférieurs, c'était une immobilisation dans le lit dans le décubitus dorsal jusqu'à ankylose des jointures et atrophie complète de la musculature cruro-jambière.

Partisan de la mobilisation dans toutes les affections, je pensai à modérer ces longues périodes d'immobilité, j'étudiai le sujet et je pus, après trois années d'expérimentation, en me basant sur les recherches anatomiques des histologistes, conclure à la nocivité de l'immobilisation dans la phlébite ; et je proposai, dans une note présentée à la Société médico-chirurgicale en 1899, de faire de la mobilisation après la semaine de mobilité nécessaire à l'adhérence du caillot et l'obturation de la veine malade.

Ce travail fut reproduit dans divers journaux, et j'eus la satisfac-

tion de voir que quelques médecins appliquèrent cette méthode, les uns en suivant à la lettre mes prescriptions, d'autres en reculant un peu la période de mobilisation.

A la Société médicale, la question de la mobilisation précoce dans la phlébite fut portée à l'ordre du jour, et, dans une première séance, quelques membres après avoir donné des théories surannées de l'évolution du caillot, conseillèrent de se méfier de la mobilisation précoce et surtout du massage. A la séance suivante, M. Vaquez, s'appuyant sur mon mémoire et se rappelant ses travaux sur le caillot intra-veineux, démontra qu'on pouvait et par conséquent qu'on devait ne pas immobiliser les phlébites aussi longtemps qu'on le faisait autrefois et il conseille de mobiliser quinze jours après le début de la maladie, et de faire masser quinze jours après ; il augmentait un peu les périodes d'immobilisation et de non-intervention.

Telle est l'histoire de la mobilisation et du massage dans la phlébite ; je ne parle pas du massage dans les raideurs consécutives aux anciennes phlébites ; il n'est pas de journaux qui n'en citent des observations plus ou moins intéressantes ; c'est l'histoire même du massage dans les ankyloses et les atrophies; c'est l'histoire de diverses stations thermales, Bagnoles-de-l'Orne en particulier.

Le sujet est donc double : 1° massage dans les anciennes phlébites avec raideur, 2° mobilisation et massage dans la phlébite.

Je pense qu'on ne me retiendra pas sur le premier sujet, dont l'intérêt est secondaire quand on le compare au second. Certes, il est intéressant de rendre les mouvements à un infirme, de lui permettre d'abandonner cannes ou béquilles, de lui permettre de se redresser quand il marche.

Nous sommes tous du même avis, je crois que tous nous procéderons de la même façon, en nous attaquant à chaque jointure ankylosée, en la mobilisant après un massage de la région péri-articulaire, en excitant les tensions musculaires (corps charnus) et en mobilisant les tendons et les gaines tendineuses, puis en faisant de l'éducation musculaire de ces membres atrophiés, parfois même rétractés, de façon à obtenir tout ce que la fibrose envahissante a laissé de vivant dans le membre en péril de mort.

Nous arrivons souvent trop tard, et la mobilisation ne serait rachetée qu'au prix de douleurs trop vives ; de plus, les corps musculaires se sont totalement atrophiés ou rétractés, et en admettant que nous réussissions à faire mouvoir genou ou cou de pied, nous ne rendons aucun

service à notre infirme, si ces jointures n'ont pas de muscle pour les mettre en mouvement; au contraire, elles deviennent comme folles et l'infirmité se complique. La mobilisation ne sera donc indiquée que dans le cas où la musculature pourra fournir la fonction perdue.

Il est au contraire des cas où les malades qui nous sont confiés présentant encore des symptômes de phlébite mal définie. Il y a un peu de fièvre, le gonflement des jambes existe encore non seulement après la station verticale, mais dans le décubitus dorsal; les régions correspondant aux veines superficielles et profondes saphènes, fémorales, poplitées, tibiales), sont encore indurées et sensibles au toucher. Ce sont des malades que je qualifierai de dangereux ; ils sont peut-être en pleine évolution d'une phlébite récidivante, et quoique arrivés à leur quatrième ou cinquième mois, ils sont susceptibles de faire des embolies pulmonaires, comme l'expérience le démontre.

Il faut considérer qu'un phlébitique est susceptible d'être mobilisé sans crainte, quand on a la certitude qu'il n'a présenté aucun état général, aucune température anormale depuis une huitaine de jours. Comme c'est le temps nécessaire à l'évolution du caillot, s'il existe une phlébite récidivante, il serait téméraire de commencer par la mobilisation pendant la période où le caillot n'adhère que faiblement à la paroi veineuse.

Aussi est-il préférable de connaître le malade depuis le début de l'affection, non seulement parce qu'on peut lui appliquer de suite un traitement rationnel qui lui évitera l'ankylose, la raideur musculaire, etc., mais aussi parce qu'on peut mieux saisir par l'examen de ses symptômes généraux, et surtout de la température, le moment où on peut intervenir sans aucun danger.

Malheureusement, ce n'est pas dans un jour prochain qu'on nous confiera des phlébitiques de la veille. Je me souviens que lors de mes recherches pour mes statistiques de phlébite et d'embolie, chaque médecin, chaque accoucheur surtout, faisait des mines de surprise et d'indignation, en me déclarant qu'il ne lui avait jamais été donné d'observer une phlébite, et par conséquent, une embolie parmi les malades qu'il avait eues à soigner.

Il faut reconnaître aussi que cette crainte qui accompagne tout praticien quand il observe une maladie des vaisseaux, met un frein à toute innovation thérapeutique, et quand on a toujours entendu dire à ses maîtres que l'immobilisation seule peut défendre les phlébitiques contre la rupture du caillot intraveineux, on éprouve quelque

doute et quelque méfiance quand on mobilise les membres malades. Et puis nous aurions toujours à retrancher nos responsabilités derrière les indications classiques ; sous le couvert de procédés qui eurent leur mode, que le public accepte encore, il vous excusera de l'avoir employé, s'il n'y a pas réussite. Il vous blâmera, au contraire, en cas d'insuccès, si vous n'avez pas usé de ce vieux procédé. N'est-ce pas le cas de ce chirurgien qui emploie le massage pour une fracture : celle-ci ne se consolide pas. On lui reproche d'avoir employé cette méthode. Eût-on pensé à le blâmer s'il eût appliqué un appareil plâtré ? Et pourtant.

Cependant, nous devons lutter contre tous ces vieux préjugés, et c'est à nous à rendre classique par nos observations, nos expérimentations nombreuses, le traitement de la phlébite par la mobilisation précoce.

Je ne saurais revenir longuement sur ce que j'ai dit dans la note que j'ai lue en 1899 à la Société médico-chirurgicale à ce sujet.

Le principe est le suivant : une phlébite isolée évolue en une huitaine de jours, ou tout au moins l'évolution microbienne et la réaction inflammatoire est de 8 jours environ. A la fin de cette période, le caillot adhère à la paroi du vaisseau. Le résultat est le suivant : une veine est oblitérée, les collatérales, les adjacentes vont se dilater pour remplacer celle qui a été annulée.

La circulation voisine est donc défectueuse, on l'aide par la contraction musculaire qu'on réveille, par la mobilisation des membres en amont. C'est pour cela qu'il faut dès la deuxième semaine conseiller quelques mouvements des jambes et des pieds. Un mouvement est dangereux, la flexion du bassin, on l'évite jusqu'à la fin du traitement.

Au bout de 15 jours, s'il n'y a eu aucune poussée phlébitique secondaire, on peut faire plus de mobilisation, et même les médecins expérimentés peuvent masser les zones musculaires des membres inférieurs.

Peu à peu, on lèvera le malade, pour qu'il soit tout à fait valide au bout du mois. A ce moment, il existe de l'œdème aux malléoles, surtout le soir.

Cet œdème disparaîtra peu à peu ; en tous cas, il ne doit jamais inquiéter ; car il faut recommander aux malades, surtout aux jeunes, de ne pas porter de bas à varices, car ce serait entraver l'éducation de la circulation veineuse inférieure, et plus tard, les malades ne peuvent plus se passer de cette compression.

Tout ne se passe pas toujours aussi simplement, je le pense tout au

moins, car je n'ai pas eu de récidives avec la méthode de mobilisation précoce; mais on peut supposer qu'il y aura quelquefois, en dépit de ce traitement des phlébites secondaires, phlébite qui donneront à la maladie l'allure des phlébites à marche lente et chronique. Il existe un symptôme très précis qui doit guider votre intervention, l'absence de température, l'absence de phénomènes généraux. C'est pour ne pas avoir interrogé le thermomètre qu'on a eu de si graves accidents. Il faut donc, en cas de récidive attendre la chute de la température, surveiller le malade quelques jours, puis le mobiliser.

En résumé, la phlébite se présente à nous suivant trois aspects. C'est une phlébite toute récente, que nous devons soigner : donnons le temps au caillot d'adhérer à la paroi, puis mobilisons le membre malade sans crainte, dans le but d'éviter de nouvelles phlébites, et les impotences secondaires aux immobilisations.

C'est une phlébite à peu près guérie; méfions-nous : il y a eu plusieurs poussées. Interrogeons le thermomètre, et, après 8 jours d'état général normal, commençons le traitement de la phlébite.

Enfin, c'est une malade qui présente des infirmités consécutives aux immobilisations trop prolongées des anciens traitements. Nous donnerons nos soins comme pour toute ankylose, atrophie, rétraction, etc., car les veines ont fait depuis longtemps leur évolution pathologique, et s'il y a encore à aider l'éducation veineuse, il n'y a plus à craindre de segmentation de caillots.

Discussion.

M. Bloch. — L'expérimentation du Dr Dagron repose-t-elle sur beaucoup de cas ?

M. Dagron. — J'ai réuni une centaine d'observations avec les renseignements que m'ont donnés les sages-femmes et des praticiens de campagne, sur ce nombre plusieurs me sont personnelles.... J'en conclus que l'embolie est rare dans les cas de phlébite.

M. Bloch. — La flexion du tronc dites-vous est dangereuse.

M. Dagron. — Je pense qu'il n'y aurait pas de danger de faire ce mouvement dix jours après le début de la maladie, mais il faut compter avec le préjugé ; il est donc préférable de faire ce mouvement en dernier lieu. On fait asseoir les malades presque debout puis peu à peu on leur fait fléchir le tronc.

M. Stapfer. — En principe je suis très partisan de la manière de voir du Dr Dagron, en pratique l'application m'en paraît difficile mais ce que j'au-

rai à demander à M. Dagron est trop long et je remets mes questions à la séance d'octobre.

La séance est levée. *Le secrétaire des séances*, Dr Bralant.

La société ne se réunissant pas pendant les mois de juin, juillet, août et septembre, la prochaine séance aura lieu le vendredi 25 octobre 1901.

Le secrétaire général, Dr René Mesnard.

Séance du 25 octobre 1901.

Présidence de M. Stapfer, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté. La correspondance comprend :

Deux lettres du Dr F. Lagrange, président, et du Dr Verdier s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et souhaitant que les réunions aient désormais lieu le soir.

Une lettre du Dr R., remerciant la Société de l'appui moral qu'elle lui a accordé dans sa précédente séance.

Sur la proposition de M. Bloch, la Société décide à l'unanimité que les séances auront lieu désormais le soir à huit heures et demie comme autrefois.

A la demande de M. Stapfer, la discussion sur le traitement des phlébites est renvoyée à la prochaine séance.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 29 novembre, en l'hôtel des Sociétés savantes, à huit heures et demie du soir.

Le Secrétaire Général,

Dr René Mesnard.

Séance du 29 novembre 1901

Présidence de M. Stapfer, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

La correspondance comprend une lettre de M. Sonrel s'excusant de ne pouvoir assister à la séance, en raison d'un deuil encore trop récent. La Société charge son secrétaire général d'exprimer à M. Sonrel ses condoléances.

M. le docteur Krikortz, de Paris, pose sa candidature au titre de membre correspondant étranger. M. Geoffroy Saint-Hilaire est nommé rapporteur de cette candidature.

COMMUNICATIONS

I

Suite de la discussion sur le traitement des phlébites.

Dr Stapfer. — A la dernière séance, j'avais demandé à M. Dagron ses observations de phlébites, suites de couches.

Dr Dagron. — 1re *Observat.* — Ma première observation est celle d'une phlébite au 11e jour. La malade se plaignait d'une douleur sur le trajet de la saphène interne injectée dans toute son étendue. Je fis immobiliser la jambe dans une gouttière, puis appliquer un liniment calmant. La fièvre diminua au bout de quelque temps (10 jours).

La malade était très indocile ; elle se remuait, s'agitait et, malgré ses mouvements le gonflement disparut.

Je fis enlever la gouttière, la laissant couchée et remuer ; l'œdème disparut laissant à sa place des cordons durs. Comme la malade insistait pour se lever, je prescrivis de laisser pendre les jambes hors du lit et je fis exécuter des mouvements passifs des orteils du pied et du genou.

....

Le reste du corps couché, en évitant la coudure du bassin, la malade finit peu à peu par s'asseoir même plus tôt que je le désirais. Le 20e jour, elle était debout ; la jambe était lourde, gênante, quoique sans douleur ; la marche était reprise le 35e jour. Ce cas fut pour moi un encouragement, en me forçant la main. Pendant quelque temps quand elle était sortie, les jambes enflaient le soir.

Je l'ai revue depuis ; les accidents de gonflement des membres inférieurs n'ont duré que 3 à 4 mois..

.... Le bas élastique ne doit être donné qu'aux personnes dont les muscles sont en mauvais état.

2e *Observat.* — Malade traitée dans le service du Dr Potain, fièvre depuis 8 à 10 jours ; mobilisation des orteils, de l'arrière-pied, de l'avant-pied et de l'articulation tibio-tarsienne, flexion du genou. Je montrai les mouvements aux élèves sages-femmes qui furent chargées de les continuer.......

....

3e *Observat.* — Je fus appelé par un confrère à Saint-Jean-de-Dieu auprès d'un malade atteint d'un cancer avec hémorrhagie dans la vessie et qui faisait de la phlébite..

..................................mobilisation précoce................

....

4e *Observat.* — Femme de 34 ans, bonne constitution ; accouchement rapide normal, fièvre le 5e jour : le médecin appelé posa un diagnostic bénin. Cette femme se plaint d'une douleur dans la jambe...............................

La malade dit avoir eu une phlébite à l'accouchement antérieur. Immobilisation dans la ouate avec bande Velpeau. Au 10e jour, la température étant tombée et les accidents pulmonaires amendés, je commence la mobilisation des orteils du pied puis du genou...............

Le 1er jour du massage, la malade fit des phénomènes du côté opposé, la

douleur persiste sans fièvre. L'œdème disparaît au bout de 10 jours. Au 30e jour la malade était debout et marchait péniblement.

Dr Marchais.— L'immobilisation avec la ouate et la bande Velpeau est-elle réellement bonne dans ces cas et la gouttière ne serait-elle pas préférable ?

Dr Dagron.— Oui, mais la gouttière de Bonnet seule assure l'immobilité, car c'est très difficile d'immobiliser un bassin.........................

....

Voilà des malades qui ont marché et qui ont fait une 2e poussée au 20e jour, alors la jambe devient impotente et s'il survient une 3e poussée, elle devient tout à fait impotente. Dans une phlébite se passant régulièrement, le membre reprend son aspect au bout d'un certain temps de traitement.

Dr Geoffroy-Saint-Hilaire. — Quelle espèce de massage faites-vous ?

Dr Dagron.— En faisant exécuter aux orteils des mouvements très doux... puis au pied et au genou et en les étendant de plus en plus, puis des frictions légères très douces, de la mobilisation plutôt que du massage et l'éducation musculaire.

Dr Stapfer. — Les deux premières observations de M. Dagron étaient, je crois, des phlébites très bénignes. La troisième a plus d'importance parce qu'il y a eu des intoxications secondaires : c'est là qu'est pour moi le nœud de la question. Le massage peut-il prévenir ces intoxications secondaires ? Elles sont très fréquentes, presque de règle. Je demande une cinquantaine d'observations intégrales, c'est-à-dire de notes prises au jour le jour relatant la température, la marche de la maladie, l'intervention médicale. Si dans ces cinquante observations il n'y a pas eu d'intoxication secondaire, alors je dirai : la kinésithérapie, malgré le danger d'une embolie, toujours possible, mais rare à vrai dire, est formellement indiquée dans la phlébite, car elle supprime le danger des intoxications secondaires, aussi dangereuses que l'embolie, si les tissus sont atteints. Ces cinquante observations obtenues et démontrant ce qu'il faut démontrer, alors je serai le premier à préciser l'opinion de notre collègue. Dans ce moment, les observations ne sont ni suffisamment nombreuses, ni suffisamment précises. Il en résulte que la conduite à tenir manque à son tour de précision. Ainsi M. Dagron dit : il faut attendre que la fièvre soit tombée. La fièvre dans les phlébites de moyenne intensité, à petites intoxications secondaires, ne tombe qu'après plusieurs semaines *définitivement*. Il y a, du 1er jour à la chute définitive, une série d'oscillations avec état subfébrile et même apyrétique trompeurs. Quand le médecin doit-il intervenir ? Est-ce qu'il attend, comme le veulent quelques accoucheurs, un mois entier d'apyrexie ? Alors ce n'est plus un traitement hâtif. Le massage a été appliqué depuis longtemps de cette façon. Il ne tend plus qu'à empêcher l'impotence fonctionnelle d'un membre. Dans ma pensée et, je le suppose, dans celle de M. Dagron, sans quoi je ne verrais rien de très nouveau dans son idée thérapeutique, la kinésithérapie doit enrayer les intoxications secondaires. De petits mouvements, de légers massages favorisent la phagocytose, accroissent la diurèse, facilitent les éliminations. Partisan *en principe*, par un *a priori cliniquement revisable*, de la kinésithérapie précoce proposée par M. Dagron, je serais disposé à pratiquer de très légers massages du ventre et du bas-ventre, car le tri-splanchnique est le point de départ par excellence du réflexe dynamogénique. De plus, il serait très utile de prévenir les stases du bassin, et de dissiper les œdèmes en voie de formation. L'état subfébrile ou même fébrile ne m'arrê-

terait pas — je parle toujours d'après une *idée* et non d'après l'expérience clinique — car j'ai vu de tels états disparaître rapidement dans les pelvi-péritonites localisées, conséquence des cellulites aiguës ; mais pour affirmer à nos confrères que la kinésithérapie constitue le traitement de choix des phlébites, il faut apporter ici les cinquante observations intégrales que je demandais relatant cinquante cas de phlébites traitées kinésiquement, dès le début des accidents, et dans lesquels on n'aurait pas constaté d'intoxication secondaire.

Dr Dagron. — Les cas gynécologiques ne m'intéressent nullement. Ces malades que j'ai traités ont été ankylosés par des traitements anciens, le but était d'empêcher l'infirmité et la mobilisation seule pouvait leur rendre ce service. Etant ami du Dr Vaquez, j'ai entendu parler des infections dans les veines. Quand il n'y a plus de culture microbienne, la fièvre tombe, il n'y a plus de danger d'activer la circulation..................................

La femme qui relève de couches est bourrée de lacs sanguins autour de l'utérus, il y a stagnation du sang dans le système vasculaire et par cela même prédisposition aux cultures microbiennes, d'où les localisations secondaires. Le massage atténue la virulence des produits pathogènes......

....

Il est bien difficile de préciser le moment où l'on doit commencer la mobilisation.

II

Du rôle de la kinésithérapie dans le traitement de la scoliose à ses diverses périodes.

Par le Dr René MESNARD.

Je voudrais en quelques mots préciser le rôle de la Kinésithérapie sous ses différentes formes dans le traitement de la scoliose ; montrer ce qu'on peut en attendre aux diverses périodes de la maladie, sans prétendre lui faire rendre plus qu'elle ne peut raisonnablement donner. C'est en voulant abuser d'un bon remède qu'on le discrédite et le traitement kinésithérapique de la scoliose n'est point encore si universellement admis par tous les médecins en France pour qu'on puisse risquer de lui faire tort.

Il faut ici, comme en beaucoup de cas, être éclectique ; ceux qui prétendent que le traitement de la scoliose se résume dans l'emploi des moyens d'immobilisation et de contention, de même que ceux qui soutiennent qu'on peut tout espérer du seul emploi de la gymnastique, me semblent commettre de part et d'autre une grossière exagération.

Tout au moins convient-il de s'entendre sur les termes, car, pour

beaucoup de médecins, encore aujourd'hui le mot gymnastique est synonyme de mouvements actifs.

En somme, on doit viser dans le traitement d'une scoliose à produire une attitude redressée et durable ; on doit même viser, dans certains cas, à obtenir momentanément au moins une attitude surcorrigée. Or, une attitude ne peut exister que de deux façons ; elle est active ou passive. Active lorsque le sujet peut la produire et la maintenir quelque temps par l'effet seul de ses muscles volontairement contractés ; passive au contraire lorsqu'elle ne peut être réalisée que grâce à un support convenablement placé.

La question que nous devons nous poser en présence d'un malade porteur d'une déviation revient donc à ceci : ce cas est-il susceptible d'un traitement actif ou passif ? Notre malade est-il capable, autrement dit, de réaliser par lui-même des attitudes correctrices et de les maintenir un temps suffisant ?

Or, en examinant les différents types de scoliose qui se présentent à nous, que voyons-nous ?

Dans certains cas, le sujet porteur d'une légère déviation de la colonne vertébrale peut à notre commandement et par sa seule volonté prendre une attitude redressée et la maintenir quelque temps ; ce n'est le plus souvent, à proprement parler, qu'une attitude vicieuse et la déformation ne porte encore dans ce cas guère que sur les disques intervertébraux.

Dans d'autres cas, le sujet est impuissant à redresser volontairement la courbure de son rachis ; néanmoins, si nous le suspendons par la tête à l'aide du collier de Sayre, nous constatons que la colonne vertébrale se redresse plus ou moins complètement.

Il est des cas enfin où le sujet, même suspendu ne se redresse pas d'une façon sensible, et où la colonne vertébrale est ankylosée dans sa mauvaise position.

On peut ainsi diviser les scolioses suivant la période de leur évolution :

1° Scolioses souples : *a*) susceptibles de redressement volontaire ; *b*) non susceptibles de redressement volontaire ;

2° Scolioses rigides.

Dans le cas d'une scoliose souple susceptible de redressement volontaire, nous pourrons, par le massage et par des exercices actifs convenablement choisis et suffisamment répétés, obtenir la dispari-

tion de l'attitude vicieuse et le redressement durable de la colonne vertébrale avec toute sa souplesse.

Les exercices actifs seront même dans ce cas très supérieurs au massage, car ils exigent l'intervention de la volonté et c'est en pareil cas que la méthode danoise de Kjœlstad et Tidemand pourra rendre de précieux services.

Dans le cas, au contraire, où la suspension ne donne que peu ou pas de redressement de la courbure latérale, nous aurons beau employer le massage des muscles et les mouvements actifs, nous n'obtiendrons rien. Ce qu'il faut avant tout c'est assouplir le rachis.

On a construit dans ce but des appareils coûteux et compliqués pour produire la mobilisation passive des scolioses ; le plus simple est encore de pratiquer la mobilisation manuelle aidée de la suspension latérale à l'aide d'un plan incliné dont les modèles sont nombreux. On a ainsi son malade bien en main et il n'est point de scoliose, si rigide soit-elle, qu'on ne puisse assouplir par ce procédé avec un peu de patience.

Ces manœuvres d'assouplissement, qui méritent bien d'être classées parmi les pratiques passives de la kinésithérapie, constituent la préparation indispensable du traitement de toute scoliose rigide. Sans assouplissement, il est impossible de faire prendre au sujet les attitudes corrigées actives ou passives qui constituent, comme nous le disions le but à atteindre. Ce principe, qui paraît élémentaire, mérite qu'on y prête attention, car il n'est pas rare de voir traiter des scolioses rigides soit par les mouvements actifs seuls soit plus souvent encore par des corsets. Dans l'un et l'autre cas, on n'obtient naturellement aucun bon résultat.

Lorsque la mobilisation du rachis a été obtenue par les manœuvres d'assouplissement, on se trouve ramené au cas d'une scoliose souple, mais non susceptible de redressement volontaire.

En pareil cas, le massage est encore indiqué pour rendre au sujet une musculature plus puissante, les exercices actifs sont utiles eux aussi, mais ces moyens ne suffisent plus comme tout à l'heure à obtenir des attitudes actives corrigées ni surtout à les maintenir ; il faut de toute nécessité avoir recours alors aux attitudes passives.

Il est clair en effet que la colonne vertébrale rendue souple, mais toujours déviée et impossible à redresser par les seules forces du sujet, aura de plus en plus tendance à fléchir sous le poids de la partie supérieure du corps.

Il convient donc de rechercher des moyens permettant de supprimer autant que possible cette pression. Sans cela, tant que les muscles n'auront pas recouvré une force suffisante, tant que les ligaments, par suite d'une bonne attitude prolongée, ne se seront pas rétractés là où ils avaient été tiraillés et allongés d'une façon anormale, tant que les déformations osseuses n'auront pas été compensées, l'équilibre se trouvera toujours rompu et la colonne vertébrale aura tendance à s'infléchir sous le poids qu'elle doit supporter.

Or une colonne vertébrale souple et fléchie ne peut pas se mettre en équilibre par elle-même, elle tend sans doute vers la recherche de cet équilibre naturel par la torsion inévitable qui est fonction de la flexion, mais ce n'est qu'une tendance irréalisable. Il faut qu'une force extrinsèque vienne à son secours. Si ce ne sont les muscles et les ligaments qui la soutiennent, il faudra par des moyens artificiels, soit aller au-devant de la flexion en supprimant sa cause, soit fournir un tuteur qui s'oppose à cette flexion.

Le décubitus horizontal sur un lit mécanique, lit plâtré, ou simplement sur une planche, la suspension oblique, le port de certains appareils supportant le poids de la tête et renouvelés de l'antique machine de Levacher, tendent à réaliser le premier desideratum. Chaque système a ses avantages et ses inconvénients, aucun ne saurait convenir à tous les cas, mais tous peuvent rendre de grands services étant employés à propos.

Quant aux appareils destinés à servir de tuteur, ce sont les corsets, dont la variété est incommensurable. Malheureusement, ceux qui les préconisent ne veulent pas généralement voir en eux de modestes tuteurs, rôle qu'ils peuvent quelquefois remplir efficacement ; ils veulent en faire des redresseurs.

Or, un corset quel qu'il soit, en acier ou en plâtre, avec ou sans plaques, muni ou non de crémaillères, n'a jamais redressé une scoliose et c'est une grave erreur que de vouloir guérir une scoliose rigide en l'enfermant dans un corset avant de l'avoir assouplie.

Mais je ne veux pas m'étendre davantage sur cette partie du traitement de la scoliose, je tenais seulement à préciser le rôle de la kinésithérapie dans le traitement de cette maladie.

En résumé :

Une scoliose souple et susceptible de redressement volontaire peut guérir par le seul traitement kinésithérapique sans corset ni appareil ; ici la kinésithérapie est nécessaire et suffisante.

Une scoliose rigide doit avant tout être assouplie pour qu'on puisse ensuite, à l'aide de moyens variés (décubitus, corset, etc...), lui imposer une attitude passive corrigée. Le massage et les exercices devront aussi dans ce cas rendre aux muscles leur force perdue, mais ici la kinésithérapie, tout en restant indispensable, ne sera plus suffisante au moins dans le sens où, généralement, on la compend.

Discussion.

Vu l'heure avancée,la Société décide de ne pas commencer aujourd'hui la discussion et de laisser l'importante question du traitement de la scoliose à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Le secrétaire des séances,
Dr Bralant.

La prochaine séance de la Société de kinésithérapie aura lieu le vendredi 27 décembre, à 8 heures 1|2 du soir, en l'hôtel des Sociétés savantes, salle E.

Extrait de l'ordre du jour :

Les indications du traitement correctif dans la scoliose, par M. F. Lagrange.

Le secrétaire général,
Dr René Mesnard.

Séance du 27 décembre 1901.

Présidence de M. F. Lagrange.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté. La correspondance comprend :

Une lettre de M. Sonrel remerciant la Société des sentiments de condoléance qu'elle lui a fait exprimer à l'occasion de son deuil récent.

Des lettres de MM. Bralant, Kouindjy, Sonrel, Stapfer, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. Geoffroy Saint-Hilaire lit son rapport sur la candidature de M. le docteur Krikortz (de Paris).

M. Kirkortz est admis à l'unanimité comme membre correspondant étranger.

COMMUNICATIONS

Les indications du traitement correctif dans la scoliose.

Par le docteur F. LAGRANGE.

Le travail que j'avais préparé dans l'intention de vous le soumettre ce soir m'a paru perdre beaucoup de son propos depuis que j'ai pris connaissance du remarquable article de notre distingué collègue le

Dr Mesnard. Il y a à peine une heure que je l'ai lu dans sa *Revue de Cinésie* (1) et j'y ai trouvé tellement d'idées conformes à celles que je m'apprêtais à exprimer ce soir devant vous que j'ai dû, pour vous éviter d'entendre des redites, abréger beaucoup cette communication.

Je vais donc, sans reprendre la question dès le principe et en acceptant comme parfaitement juste tout ce que notre collègue a si bien exposé dans son article, insister seulement sur quelques points qui me paraissent dignes d'être mis en relief, à propos des indications du traitement correctif dans la scoliose et des procédés divers qui sont employés pour y satisfaire.

Le Dr Mesnard a parfaitement fait ressortir l'urgence de la mobilisation préalable, avant de songer à la *correction* proprement dite, c'est-à-dire aux moyens qui rendront le sujet apte à se redresser lui-même et à se maintenir droit.

La mobilisation est l'indication capitale du traitement correctif. Les partisans les plus endurcis du traitement contentif et de l'immobilisation ne peuvent, à moins d'être dénués de tout sens thérapeutique, se dispenser de mobiliser les parties déviées avant de les immobiliser dans un appareil contentif. L'application d'un corset plâtré, par exemple, nécessite des manœuvres de suspension qui n'ont pas d'autre effet que de mobiliser les vertèbres déviées, de les déplacer, de leur faire perdre momentanément leur position vicieuse, pour les ramener à leur place normale. La pesanteur agit en ce cas sur les tissus qui maintenaient les vertèbres hors de leur aplomb, comme le ferait la main du chirurgien pour réduire les fragments d'un os fracturé ou la tête d'un os luxé.

Jusque-là on pourrait comparer la mobilisation préalable et le redressement d'un rachis scoliotique à une véritable manœuvre de *réduction*. Mais l'analogie s'arrête là et il n'est pas permis de comparer le rôle du corset à celui de l'appareil contentif qu'on laisse en place un certain nombre de jours pour assurer la coaptation des fragments où empêcher l'issue d'un os de la cavité articulaire où on l'a replacé. Le corset, si l'on veut expliquer les bénéfices quelquefois très réels qu'on en retire, ne doit pas être considéré comme un agent de *contention* pour les os déplacés, mais comme un moyen de repos pour les muscles.

Le *repos des muscles rachidiens* est, en effet, une des indications les plus formelles et les plus urgentes du traitement correctif de la

(1) N° 12, 20 décembre 1901.

scoliose. On peut dire à ce point de vue, que le corset, dans les scolioses au début, agit comme le ferait le décubitus, comme le font les sièges à dossier rationnel, les pupitres d'inclinaison appropriée à la vue de l'enfant, etc., enfin toutes les formes de mobilier scolaire qui visent à éviter des efforts prolongés aux muscles rachidiens.

Inutile d'insister sur l'utilité du corset comme tuteur dans les scolioses incurables, pour éviter les compressions nerveuses ou viscérales. En pareil cas, il ne s'agit plus de faire un traitement correctif, mais palliatif. Le corset devient en quelque sorte un appareil de *prothèse*.

Quant aux indications de la correction par les mouvements, je voudrais insister surtout sur un point qui me paraît n'avoir pas été toujours nettement compris par les gymnastes, surtout par les gymnastes français, c'est le but que doivent viser ces mouvements.

Il est banal de dire que les mouvements *fortifient* les muscles. Est-ce bien là l'indication du traitement correctif par les mouvements actifs ? Je ne le crois pas. Assurément, il est toujours bon de fortifier la musculature d'un scoliotique, dans son ensemble ; mais c'est là une indication plutôt générale que locale. Il ne me paraît pas prouvé que la scoliose ait toujours pour cause prédisposante la faiblesse musculaire et encore moins l'*inégalité de force* des muscles antagonistes.

Pendant longtemps, l'erreur de ceux qui voyaient, avec raison d'ailleurs, dans un trouble des fonctions musculaires, le point de départ des déviations de la taille, était d'interpréter les vices de tenue comme le signe d'un défaut de force de certains muscles. Cette opinion a toujours été démentie par l'observation directe des faits et notamment par l'examen anatomique des muscles rachidiens, quand on a eu l'occasion de faire des autopsies de scoliotiques au début de la maladie. L'atrophie des muscles ne se rencontre qu'à une période avancée de la scoliose ; elle est la conséquence et non la cause de la moindre mobilité du rachis.

Il y a manifestement des troubles de la fonction motrice dans les muscles du rachis, chez les sujets atteints de déviation vertébrale ; mais ces troubles ne consistent nullement dans une inégalité de force des muscles antagonistes. Il est facile de s'en assurer en soumettant les sujets à des appareils pour mouvements actifs, dont on puisse graduer exactement la résistance. Et c'est une expérience que j'ai faite. On sait que les appareils de Zander permettent d'évaluer l'effort musculaire effectué d'une manière aussi précise que le dynamo-

mètre. Or, chez les scoliotiques, l'appareil qui sert à la flexion latérale active du tronc m'a permis, dans tous les cas que j'ai observés, de constater que les groupes musculaires correspondant à la convexité de la courbure rachidienne pouvaient développer exactement le même effort que ceux de la concavité.

Et pourtant il est parfaitement juste d'interpréter la scoliose comme le résultat d'une diminution de l'aptitude fonctionnelle des muscles ; mais si le muscle a moins d'aptitude à fonctionner, ce n'est pas qu'il soit moins fort, c'est qu'il obéit avec moins de précision à la volonté qui l'actionne.

Une très intéressante statistique des cas de scoliose observés dans les écoles primaires de la Suisse a été publiée par les Drs Scholder et Combe et il en ressort que la majorité des scoliotiques se trouve non dans les sujets les plus faibles mais parmi des sujets de force moyenne et au-dessus de la moyenne.

Les *mouvements correctifs* tels que je les comprends, ne doivent donc pas avoir pour objectif essentiel de fortifier les muscles. Ils ont assurément un résultat mécanique analogue à celui des mouvements passifs et du massage, puisqu'ils peuvent mobiliser les articulations raidies, assouplir et allonger les tendons et les muscles rétractés. Ils ont aussi sans aucun doute un effet utile en augmentant la force des muscles : mais leur effet vraiment thérapeutique est de rétablir une sorte de discipline dans l'appareil moteur où les forces, dans a grande majorité des cas, sont plutôt mal coordonnées qu'insuffisantes. En un mot, ils sont surtout utiles en faisant la *rééducation* des forces qui concourent à maintenir les vertèbres dans leur position correcte.

Aussi obtient-on souvent de grands succès orthopédiques avec des mouvements insignifiants comme dépense de force, mais tendant à faire agir la volonté sur les muscles auxquels elle semblait ne plus savoir commander. Tels par exemple les exercices de redressement avec la ceinture de Tydman ; les exercices d'*auto-correction* faits devant une glace, etc.

C'est le secret des succès des Suédois qui, dans chaque exercice, exercent une surveillance quasi-tracassière sur l'attitude de la tête, des épaules, des hanches. L'effet d'un mouvement très correct étant moins de fortifier les muscles intéressés ou d'assouplir les ligaments que d'éveiller et d'exercer le sens musculaire et de faire l'éducation des fonctions de coordination.

C'est pourquoi les meilleures méthodes d'immobilisation et les meilleurs appareils contentifs, ne peuvent rien faire en orthopédie sans le concours des mouvements correctifs volontaires. Mais il faut se rappeler que la caractéristique d'un mouvement correctif est la précision et non l'énergie.

Discussion.

M. Mesnard (René). — Je suis absolument de l'avis de M. Lagrange sur l'importance des mouvements volontaires dans la scoliose souple.

La volonté est encore le meilleur excitant musculaire et l'on doit sans cesse cultiver cette force et chercher à en augmenter l'énergie. C'est dans ce but que j'ai toujours grand soin, chez mes malades nouveaux de prendre des renseignements signalétiques aussi complets que possible par des mensurations diverses (toise, spiromètre, etc.) et aussi par la photographie. On peut ainsi en reprenant de temps à autre ces mêmes mesures montrer d'une façon évidente au malade les résultats du traitement et le fruit de ses efforts ; on stimule ainsi sa volonté au plus grand profit du résultat à atteindre.

Dans un autre ordre d'idées, je voudrais insister sur un détail concernant la suspension latérale dont il a été question dans la dernière séance et que je considère comme un excellent moyen d'assouplissement des scolioses rigides.

J'ai été frappé en parcourant divers travaux sur la question et en examinant les figures destinées à représenter la position que doit prendre le malade sur le plan incliné, de la mauvaise position de la gibbosité costale par rapport au coussin.

Je considère d'ailleurs comme impropre le terme généralement employé de suspension latérale qui semble indiquer que le coussin doit être placé sur le côté du corps, sous l'aisselle par conséquent.

Si l'on considère en effet une coupe transversale d'un thorax scoliotique avec déformation costale postérieure assez marquée telle que celles que je vous présente ici, on s'aperçoit aussitôt que si l'on vient à exercer sur ce thorax une pression *latérale*, loin de diminuer la gibbosité costale, on la rend plus aiguë en aplatissant encore davantage l'angle formé par la côte entre le coussin et la colonne vertébrale déviée. Cette dernière sera bien un peu redressée par cette manœuvre, mais au détriment de la paroi costale qui sera comprimée et déformée davantage. C'est en réalité en arrière et au sommet même de la gibbosité que doit être placé le coussin. Les pressions exercées à ce niveau ont alors tendance à ouvrir l'angle costal et à redresser en même temps la colonne vertébrale ; elles agissent alors efficacement et sur la déviation et sur la déformation du thorax. Le terme de suspension *oblique*, ne prêtant pas à cette regrettable confusion, serait sans doute mieux approprié.

Renouvellement du Bureau pour 1902.

M. Stapfer, vice-président en 1901, passe de droit président en 1902.

Sont élus :

Vice-président : M. Frétin.
Secrétaire général : M. Mesnard (René).
Trésorier : M. Geoffroy Saint-Hilaire.
Secrétaires des séances : MM. Bloch et Saisset.

La prochaine séance de la Société de kinésithérapie aura lieu le vendredi 31 janvier 1902, à 8 heures 1/2 du soir, en l'hôtel des Sociétés savantes, salle E.

Le trésorier rappelle aux membres de la société que les cotisations sont payables au début de l'année (membres titulaires, 20 fr.; correspondants nationaux, 12 fr.) Les cotisations qui n'auront pas été versées entre ses mains aux séances de janvier ou de février, seront mises en recouvrement fin février.

Le secrétaire général,

Dr René Mesnard.

TABLE DES MATIÈRES

Clermont (Oise). — Imp. Daix frères.